

1954

# THESE

POUR LE

## DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Yves-Marie-Joseph LEGOUX

Né le 26 Janvier 1923, à Vigneux-de-Bretagne  
(Loire-Inférieure)

Présentée et soutenue publiquement le 28 Juin 1954

### Étude épidémiologique et Clinique

d'un Syndrome infectieux, d'origine virale probable,  
observé dans une région de l'Oise

### Discussion Etiologique

Efficacité du traitement par l'auréomycine

PRÉSIDENT

**M. MOREAU**

Professeur



# THESE

POUR LE

## DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

**Yves-Marie-Joseph LEGOUX**

Né le 26 Janvier 1923, à Vigneux-de-Bretagne  
(Loire-Inférieure)

Présentée et soutenue publiquement le 28 Juin 1954

### Étude épidémiologique et Clinique

d'un Syndrome infectieux, d'origine virale probable,  
observé dans une région de l'Oise

### Discussion Etiologique

Efficacité du traitement par l'auréomycine

---

PRÉSIDENT

**M. MOREAU**

Professeur

Digitized by the Internet Archive  
in 2026

DOYEN HONORAIRE

**M. Baudouin**

PROFESSEURS HONORAIRES

**MM. Baudouin, Brindeau, Cadenat, Carnot, Chabrol, Chevassu, Chiray, erc, Delbet, Gœugerot (H.), Guillain, Harvier, Laubry, Lemaître, Lemierre, ermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon, Olivier (E.), mbrédanne, Sannié, Sézary, Tanon.**

DOYEN ..... **Léon BINET**

*Membre de l'Institut*

ASSESEUR ..... **Jean VERNE**

I. — PROFESSEURS

|                                                                             | MM.                                |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| atomie .....                                                                | <b>CORDIER (G.).</b>               |
| atomie pathologique .....                                                   | <b>DELARUE (A.).</b>               |
| stériologie .....                                                           | <b>GASTINEL (P.).</b>              |
| logie appliquée à l'Education physique et aux Sports .....                  | <b>CHAILLEY-BERT (P.).</b>         |
| logie médicale .....                                                        | <b>VERNE (J.).</b>                 |
| acérologie médicale et sociale .....                                        | <b>HUGUENIN (R.).</b>              |
| cinologie .....                                                             | <b>OBERLING (G.).</b>              |
| imie médicale .....                                                         | <b>N...</b>                        |
| niques chirurgicales .....                                                  | Hôtel-Dieu .....                   |
|                                                                             | Broussais .....                    |
|                                                                             | Salpêtrière .....                  |
|                                                                             | Cochin .....                       |
| nique chirurgicale réparatrice et orthopédique .....                        | <b>BROCQ (P.).</b>                 |
| nique de cardiologie .....                                                  | <b>MONDOR (H.).</b>                |
| nique de chirurgie infantile et d'orthopédie .....                          | <b>DE GAUDART-D'ALLAINES (F.).</b> |
| nique de chirurgie pleuro-pulmonaire .....                                  | <b>QUENU (J.).</b>                 |
| nique de la tuberculose .....                                               | <b>Merle-d'Aubigné (R.).</b>       |
| nique de neuro-chirurgie .....                                              | <b>DONZELOT (E.).</b>              |
| nique de puériculture .....                                                 | <b>FEVRE (M.).</b>                 |
| nique des maladies cutanées et syphilitiques .....                          | <b>MONOD (R.).</b>                 |
| nique de neuro-chirurgie .....                                              | <b>BERNARD (E.).</b>               |
| nique de puériculture .....                                                 | <b>Petit-Dutaillis (D.).</b>       |
| nique des maladies cutanées et syphilitiques .....                          | <b>LELONG (M.).</b>                |
| nique des maladies du sang .....                                            | <b>DECOS (R.).</b>                 |
| nique des maladies du système nerveux .....                                 | <b>CHEVALLIER (P.).</b>            |
| nique des maladies des enfants .....                                        | <b>ALAJOUANINE (T.).</b>           |
| nique des maladies infectieuses .....                                       | <b>DEBRE (R.).</b>                 |
| nique des maladies mentales et de l'encéphale .....                         | <b>MOLLARET (P.).</b>              |
| nique gynécologique .....                                                   | <b>DELAY (J.).</b>                 |
| niques médicales .....                                                      | <b>Funck-Brentano (P.).</b>        |
|                                                                             | Hôtel-Dieu .....                   |
|                                                                             | Bichat .....                       |
|                                                                             | Cochin .....                       |
| nique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique .....                     | <b>BENARD (H.).</b>                |
| nique médicale propédeutique .....                                          | <b>LAROCHE (R.).</b>               |
| nique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition ..... | <b>MOREAU (R).</b>                 |
| niques obstétricales .....                                                  | Broussais .....                    |
|                                                                             | Tarnier .....                      |
|                                                                             | Baudelocque .....                  |
| nique ophtalmologique .....                                                 | <b>DE GENNES (L.).</b>             |
| nique oto-rhino-laryngologique .....                                        | <b>Justin-Besançon (L.).</b>       |
| niques obstétricales .....                                                  | Port-Royal .....                   |
|                                                                             | Tarnier .....                      |
|                                                                             | Baudelocque .....                  |
| nique ophtalmologique .....                                                 | <b>PASTEUR VALLERY-RADOT. L.</b>   |
| nique oto-rhino-laryngologique .....                                        | <b>BOULIN (R.).</b>                |
| niques obstétricales .....                                                  | Port-Royal .....                   |
|                                                                             | Tarnier .....                      |
|                                                                             | Baudelocque .....                  |
| nique ophtalmologique .....                                                 | <b>LANTUEJOUL (P.).</b>            |
| nique oto-rhino-laryngologique .....                                        | <b>LEVY-SOLAL (E.).</b>            |
| niques obstétricales .....                                                  | Port-Royal .....                   |
|                                                                             | Tarnier .....                      |
|                                                                             | Baudelocque .....                  |
| nique ophtalmologique .....                                                 | <b>LACOMME (M.).</b>               |
| nique oto-rhino-laryngologique .....                                        | <b>VELTER (E.).</b>                |
| nique oto-rhino-laryngologique .....                                        | <b>AUBIN (A.).</b>                 |

MM.

|                                                                                          |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel) ..... | RICHET (C.).      |
| Clinique psychiatrique infantile .....                                                   | HEUYER (C.).      |
| Clinique rhumatologique et sociale .....                                                 | COSTE (F.).       |
| Clinique stomatologique .....                                                            | DECHAUME (M.).    |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                                                | SENEQUE (J.).     |
| Clinique thérapeutique médicale .....                                                    | LEMAIRE (A.).     |
| Clinique urologique .....                                                                | FEY (B.).         |
| Embryologie .....                                                                        | GIROUD (A.).      |
| Génétique .....                                                                          | LAMY (M.).        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                                         | MOUQUIN (M.).     |
| Histologie .....                                                                         | CHAMPY (C.).      |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                                         | CATHALA (J.).     |
| Hygiène et médecine préventive .....                                                     | JOANNON (C.).     |
| Médecine du Travail .....                                                                | DESOILLE (H.).    |
| Médecine légale .....                                                                    | PIEDELIEVRE (R.). |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                                       | GALLIARD (H.).    |
| Pathologie chirurgicale .....                                                            | MENEGAUX (G.).    |
| Pathologie exotique .....                                                                | LAVIER (G.).      |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                                               | LENEGRE (J.).     |
| Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel) .....        | MERKLEN (F.-P.).  |
| Pathologie médicale .....                                                                | BARIETY (M.).     |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                                              | GARCIN (J.).      |
| Pédiatrie sociale .....                                                                  | MARIE (J.).       |
| Pharmacologie et matière médicale .....                                                  | HAZARD (R.).      |
| Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel) .....                                 | DOGNON (A.).      |
| Physiologie .....                                                                        | BINET (L.).       |
| Physique médicale .....                                                                  | STROHL (A.).      |
| Radiologie médicale .....                                                                | DESGREZ (H.).     |
| Technique chirurgicale .....                                                             | MOULONGUET (P.).  |
| Thérapeutique .....                                                                      | TURPIN (R.).      |

## II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

MM.

|                                     |                                                              |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anatomie .....                      | { DEBEYRE (J.).<br>DELMAS (A.).<br>N...<br>Gauthier-Villars. | Pathologie chirurgicale .....  | { HUGUIER (J.).<br>LAURENCE (G.).<br>LEGER (L.).<br>LORTAT-JACOB (J.).<br>OLIVIER (Cl.).<br>PADOVANI (P.).<br>POILLEUX (M.).<br>ROUX (M.).<br>RUDLER (J.-C.).<br>VERNE (J.-M.).                                                                                                                                                     |
| Anatomie pathologique .....         | { (Mlle P.) Pr. s. ch.<br>BUSSE (F.).<br>GOUYGOU (C.).       | Pathologie expérimentale ..... | { N...<br>BERNARD (J.).<br>BOUDIN (G.).<br>CASTAIGNE (P.).<br>CONTE (M.).<br>DECOURT (J.).<br>DOMART (A.).<br>DREYFUS (Gilbert).<br>FAUVERT (R.).<br>HAMBURGER (J.).<br>KOURILSKY (R.).<br>LAMOTTE (M.).<br>LAROCHE (C.).<br>MILLIEZ (P.).<br>PEQUIGNOT (H.).<br>PERRAULT (M.).<br>RAMBERT (P.).<br>THIEFFRY (St.).<br>TURIAF (I.). |
| Bactériologie .....                 | { FASQUELLE (R.).<br>NEVOT (A.).                             |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Biologie médicale .....             | { BOURLIERE (F.).                                            |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Chimie médicale .....               | { ETTORI (J.).<br>JAYLE (M.-F.).<br>SCHAPIRA (G.).           |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Dermato-Syphiligraphie .....        | { DUPERRAT (F.).                                             |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Histologie .....                    | { BULLIARD (H.).<br>COUJARD (R.).<br>N...                    |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Hydrologie .....                    | { DEBRAY (C.).                                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Hygiène .....                       | { BOYER (J.).<br>DEPARIS (M.).                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Médecine légale et du travail ..... | { DEROBERT (L.).<br>CAULTIER (M.).<br>HADENGUE (A.).         |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Neurochirurgie .....                | { DAVID (M.).                                                |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Neurologie .....                    | { SEZE (S. de).                                              |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                            |   |                 |                         |   |                              |
|----------------------------|---|-----------------|-------------------------|---|------------------------------|
| Obstétrique .....          | { | GRASSET (J.).   | Pédiatrie .....         | { | JOSEPH (R.).                 |
|                            |   | LEPAGE (F.).    |                         |   | LAPLANE (R.).                |
|                            |   | MAYER (M.).     |                         |   | N...                         |
|                            |   | MERGER (R.).    |                         |   | LEVY (M <sup>lle</sup> J.).  |
|                            |   | MORIN (P.).     |                         |   | CHEYMOL (J.-H.).             |
| Ophtalmologie .....        | { | RAVINA (J.).    | Pharmacologie .....     | { | BARGETON (D.).               |
|                            |   | VARANGOT (J.).  |                         |   | PARROT (J.-L.).              |
|                            |   | OFFRET (G.).    |                         |   | DJOURNO (A.).                |
|                            |   | DESVIGNES (P.). |                         |   | GOUGEROT (L.).               |
|                            |   | JUDET (R.).     |                         |   | Pneumo-Phtisiologie ...      |
| Orthopédie .....           | { | HALPHEN (E.).   | Physique médicale ..... | { | KREIS (B.).                  |
|                            |   | AUBRY (M.).     |                         |   | BARUK (H.).                  |
|                            |   | MADURO (R.).    |                         |   | Psychiatrie .....            |
|                            |   | BRUMPT (L.).    |                         |   | Psychiatrie infantile ...    |
|                            |   | CHABAUD (A.).   |                         |   | MICHAUX (L.).                |
| Parasitologie .....        | { | ABOULKER (P.).  | Stomatologie .....      | { | CERNEA (P.).                 |
|                            |   | BAUMANN (J.).   |                         |   | CHAPUT (M <sup>me</sup> A.). |
|                            |   | GOSSET (J.).    |                         |   | Thérapeutique .....          |
|                            |   |                 |                         |   | PERRAULT.                    |
|                            |   |                 |                         |   | chargé de l'enseign.         |
| Pathologie chirurgicale .. | { |                 | Urologie .....          | { | KUSS (R.).                   |
|                            |   |                 |                         |   |                              |

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES  
RAPPELES A L'EXERCICE  
pour le service des examens

MM. BRINDEAU (A.) (*Obstétrique*), GATELIER (J.) (*Clinique chirurgicale*)  
LE LORIER (V.) (*Obstétrique*), VAUDESCAL (R.) (*Obstétrique*)

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES  
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE  
à titre permanent

|                           |     |               |     |                  |
|---------------------------|-----|---------------|-----|------------------|
|                           | MM. |               | MM. |                  |
| Clinique chirurgicale ... | {   | AMELINE (A.). | {   | HAGUENAU (M.).   |
|                           |     | PATEL (J.).   |     | MARCHAL (G.).    |
|                           |     | SICARD (A.).  |     | SOULIE (E.).     |
|                           |     |               |     | ECALLE (G.).     |
| Clinique médicale .....   | {   | BROUET (G.).  | {   | RENARD (G.).     |
|                           |     | CACHERA (R.). |     | COUVELAIRE (R.). |
|                           |     |               |     |                  |
|                           |     |               |     |                  |

|                                            |                                                |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Secrétaire général de la Faculté .....     | MOREL (J.).                                    |
| Secrétaire .....                           | M <sup>lle</sup> CHAINTREUIL (G.).             |
| Conservateur, chargé de la Direction ..... | Docteur HAHN (A.).                             |
| Conservateur .....                         | M <sup>lle</sup> GOICHON.                      |
| Bibliothécaires .....                      | METIN (F.), QUIEVREUX (E.).                    |
|                                            | M <sup>lles</sup> DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.). |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.





A MON PÈRE

*In Mèmoriam*

A MA MÈRE

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. le Professeur MOREAU

Professeur de Clinique Médicale  
à l'Hôpital Cochin

*Hommage de profonde gratitude pour le très  
grand honneur qu'il nous a fait en acceptant  
de présider cette thèse, et en remerciements  
de ses encouragements et de ses précieux  
conseils.*

A M. le Professeur R. KOURILSKY

Médecin de l'Hôpital St-Antoine

*qui, avec son habituelle sollicitude,  
a bien voulu m'aider dans mes  
recherches et diriger mon travail.*

A M. le Docteur ANDRIEU

*qui m'a permis de réaliser ce  
travail, dans sa clientèle de Grand-  
fresnoy (Oise), avec mes sincères  
remerciements.*

A mes Professeurs du Diplôme d'Hygiène

M. le Professeur JOANNON.

M. le Professeur NAVARRE, *in memoriam*.

MM. TANON,  
J. BOYER.

M. DEPARIS,

*mon premier conseiller et l'instigateur  
de cette thèse.*

A MM. les Professeurs de l'Institut Pasteur

M. le Professeur LÉPINE.

M. le Professeur GIROUD.

M. EYQUEM.

M<sup>lle</sup> CATEIGNE.

*qui m'ont aidé par leurs travaux  
et ont assuré les recherches de  
laboratoire concernant cette thèse,  
avec toute ma reconnaissance.*

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

MM. ALBEAUX - FERNET,  
SICARD,  
PARIENTE.

*en témoignage de ma reconnaissance  
pour les enseignements reçus.*

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Nantes

M. le Professeur AUVIGNE,

MM. R. BUREAU,

Y. BUREAU et JARY,

CORMAN,

GRISLAIN,

LERAT,

MIRALLIÉ,

PICARD,

SOURDILLE et BARON,

VERAN et GUILLON,

MM. BALLET Professeur d'Hygiène,

DELAUNAY Professeur de Bactériologie.

A M. le Professeur BOQUIEN,

Médecin du Service des Contagieux.

*qui a bien voulu nous faire part de  
son expérience dans les maladies  
infectieuses.*

---

## INTRODUCTION

Paul CANTALOUBE, âgé de 29 ans, était médecin praticien dans les Cévennes. En Décembre 1908, il put lire dans la presse médicale les premières observations françaises concernant la fièvre de Malte, publiées à PARIS par MM. DANLOS, WURTZ et TANON. En butte à l'hostilité des guérisseurs, dans sa petite clientèle de SAINT-MARTIAL, il réussit cependant, à force de patientes et de minutieuses recherches, à dépister, identifier et décrire la première épidémie de fièvre de Malte reconnue en France. Il attendra six mois la confirmation sérologique de son diagnostic (1909) ; et en 1910, il publiera un mémoire portant sur 200 observations. Il dit lui-même : « exagération passagère d'un mal ancré depuis longtemps sans doute, dans la France entière »... - Son opinion sera confirmée par les faits et l'est encore depuis plus de 40 ans.

A l'exemple de notre aîné et encouragé par plusieurs de nos Maîtres, en particulier nos Professeurs du diplôme d'Hygiène, nous osons, nous aussi, exposer dans cette Thèse les résultats d'une observation clinique, qui a porté sur deux épidémies printanières successives d'un même syndrome.

Prise d'abord pour une grippe cette épidémie s'est vite révélée d'une autre nature et nous a incité à recueillir, dans des notes effectuées au lit même du malade, les divers signes observés ; en Juillet 1953, nous étions alors capables de dégager un syndrome clinique commun que nous décrirons en premier, avec ses diverses formes cliniques : suivant l'intensité des signes associés et aussi suivant l'âge du malade.

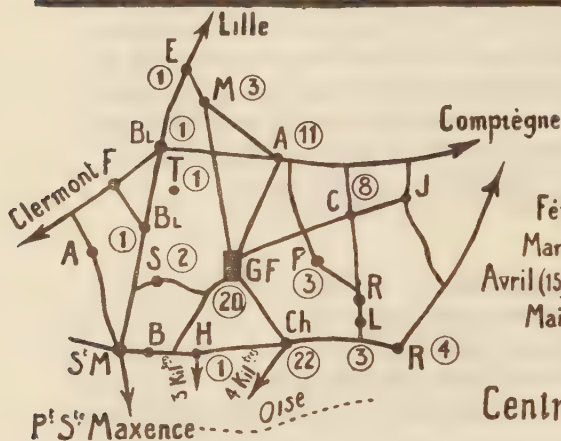
L'épidémie se réveilla au printemps de cette année 1954 ; nous avons alors pu nous mettre en rapport avec l'Institut PASTEUR et avec notre Maître M. le Professeur Agrégé KOURILSKY, pour effectuer des recherches de laboratoire ; l'éloignement et des difficultés matérielles nous ont empêché, à notre grand regret, de multiplier les recherches qui auraient pu affiner notre diagnostic.

*Notre étude se rapporte à :*

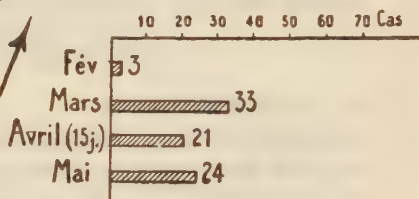
- l'épidémiologie,
  - au syndrome clinique pur,
  - à la forme avec signes pulmonaires,
  - aux autres formes variées observées,
  - à la discussion clinique du diagnostic,
  - à la discussion du diagnostic par les examens de laboratoire,
  - à la thérapeutique et aux observations.
-

# CARTES EPIDEMIOLOGIQUES

FÉVRIER à MAI 1953

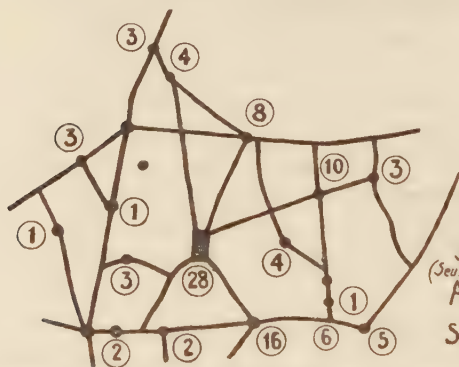


81 Cas

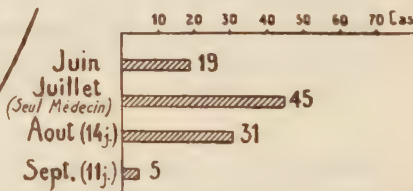


Centre de la Clientele : GF

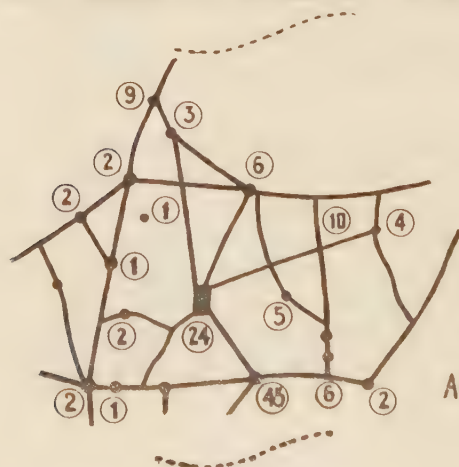
JUIN à SEPTEMBRE 1953



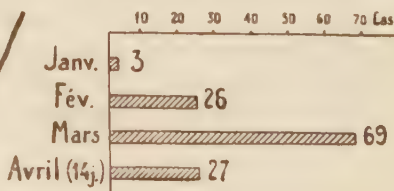
100 Cas



JANVIER à AVRIL 1954



125 Cas (Cas frustés compris)



## ÉPIDÉMIOLOGIE

### La Région Étudiée

L'ensemble de nos observations a été fait dans une clientèle rurale où nous travaillions en concurrence avec un autre Médecin ; à certaines périodes seulement nous y avons travaillé seul.

Les cartes montrent que la région se situe en bordure de l'Oise. L'agglomération de CH... est située à 4 km. de cette rivière et l'on trouve de nombreux marécages très voisins du village ; ceci explique en partie pourquoi l'épidémie se situe là.

Le bourg de G.F..., qui forme le centre géographique de la clientèle, est par contre flanqué sur les pentes d'une assez haute colline où les brouillards sont moins fréquents et moins denses. Cette région, aux confins des grandes plaines du Nord, est le siège de grands vents ; le climat est rude, la population dense, et nous voyons beaucoup d'angines, de gripes, de fièvres éruptives.

Les cartes que nous reproduisons ici indiquent le nombre de cas dans chaque pays à 3 périodes : printemps 1953 où débuta l'épidémie, été 1953 où nous avons relevé de nombreuses formes atténuées, printemps 1954 où l'épidémie semble avoir été plus explosive et de plus courte durée ; l'expérience nous a permis de reconnaître des formes inapparentes, vues tardivement, et qui nous avaient sans doute échappé l'année précédente.

Les diagrammes tiennent compte seulement du nombre de cas, sans préjuger de leur forme et de leur gravité.

Notons, pour ces statistiques, qu'il s'agit d'un travail partiel dans une clientèle relativement importante, que les cartes et courbes donnent un aperçu valable seulement pour les observations personnelles et ne tiennent pas compte des cas observés par l'autre médecin de G.F.

et par les médecins, dont la clientèle s'imbrique forcément avec la nôtre, sur les communes citées sur les cartes à la périphérie.

Cette épidémie ne se limite certainement pas à la région et nous avons pu retrouver dans nos relations des enfants présentant le même syndrome à PARIS et dans la région d'ORLÉANS et de MEAUX ; nous pensons que dans d'autres régions de la France, d'autres épidémies ont pu avoir lieu.

### **Répartition Humaine — Statistiques**

Nous avons observé un total de 184 familles, groupant au total 183 cas en 1953 (Février à Septembre) et 121 en 1954 (4 mois).

Dans 28 familles nous avons noté des rechutes en été ou l'année suivante.

Une statistique portant sur 241 de ces cas donne les résultats suivants :

— Formes avec participation pulmonaire : 127

*Age - Nourrissons : 30 cas.*

- 2 à 15 jours,
- 2 à 3 semaines,
- 1 à 1 mois,
- 2 à 2 mois,
- 4 à 3 mois,
- 1 à 5 mois,
- 2 à 6 mois,
- 1 à 7 mois,
- 2 à 8 mois,
- 1 à 9 mois,
- 1 à 10 mois,
- 3 à 1 an,
- et 8 dont l'âge n'a pas été relevé.

*Enfants de 1 à 16 ans : 126 cas (avec maximum entre 2 et 6 ans)*

- 4 de plus de 1 an,
- 16 de 2 ans,

- 8 de 3 ans,
- 12 de 4 ans,
- 9 de 5 ans,
- 7 de 6 ans,
- 8 de 7 ans,
- 8 de 8 ans,
- 4 de 9 ans,
- 2 de 10 ans,
- 4 de 12 ans,
- 3 de 15 ans,
- 3 de 16 ans,
- 38 cas dont l'âge n'est pas relevé.

*Adultes de 16 à 75 ans : 85 cas avec deux périodes fréquentes de 20 à 30 ans et après 50 ans.*

- 3 de 17 à 19 ans,
- 13 de 20 à 25 ans,
- 8 de 26 à 30 ans,
- 11 de 31 à 35 ans,
- 1 cas de 38 ans,
- 1 cas de 41 ans,
- 2 cas de 44 ans,
- 2 cas de 47 ans,
- 13 de 50 à 55 ans,
- 6 de 56 à 60 ans,
- 5 de 61 à 74 ans,
- et 20 cas non classés par âge.

Parmi les adultes : 3 femmes enceintes de 8, 6 et 8 mois.

On voit donc que cette forme d'affection atteint surtout les nourrissons et les enfants en bas âge ; et avec une moindre fréquence les adultes jeunes et les gens de plus de 50 ans.

Un cas sur deux est une forme pulmonaire.

*Sexe.* — La maladie touche 3 garçons pour 2 filles (pour autant que les sexes ont été relevés sur nos notes).

*Mortalité.* — Deux enfants seulement sont morts : l'un d'un syndrome toxique 2 jours après notre première visite ; l'autre a été dirigé sur l'Hôpital, où, après l'application d'une thérapeutique variée, il mourut d'un syn-

drome hémorragique diffus par intolérance aux antibiotiques (un examen hâtif et rapide à la suite d'une syncope chez cet enfant nerveux ne nous avait pas permis de conclure nettement ; et devant la syndrome toxique qu'il présentait, nous avons préféré ne pas le soigner à domicile).

Il semble que nous nous trouvons devant une maladie épidémique bénigne de l'enfance et parfois de l'adulte, avec rhinopharyngite et fréquente participation pulmonaire, qui évolue rapidement avec rechutes possibles.

Nous avons recherché s'il y avait d'autres maladies épidémiques concomitantes : en 1953, il y eut quelques cas de rougeole, de varicelle et d'oreillons et une rubéole. En mars 1954, il y eut une grosse épidémie d'oreillons à Ch... et à J...

Les brucelloses sont ici très rares en médecine humaine. Nous avons interrogé le vétérinaire de la région ; dans ce pays de blé et de betteraves à sucre, l'élevage est peu important ; il a observé des cas d'avortement épizootique à brucellose, vérifiés par le laboratoire. Cette maladie fait peu de progrès dans la région. Par ailleurs, il n'a pas observé de maladies nouvelles dans le cheptel.

En 1953, la myxomatose a détruit les lapins sauvages.

Signalons enfin que le médecin du Service d'Hygiène scolaire a remarqué la fréquence d'un des signes que nous décrirons (à savoir les adénopathies), au cours de sa visite annuelle systématique (tant en 1953 qu'en 1954).

---

## SYNDROME CLINIQUE ESSENTIEL

C'est en soignant deux enfants qui présentaient une forme avec participation pulmonaire que nous avons été amenés à réviser notre diagnostic de grippe banale (Observations 3 et 11).

L'échec de la thérapeutique à base de Pénicilline nous a obligé à un examen plus approfondi ; nous avons porté alors le diagnostic de mononucléose infectieuse, sans toutefois le faire vérifier par un examen de laboratoire et avons prescrit un traitement à base d'Auréomycine. La chute de la température nous a prouvé que nous avions trouvé le traitement actif, le manque de temps nous a empêché alors de faire une véritable recherche étiologique.

*L'incubation* semble varier entre 2 et 15 jours. Le syndrome essentiel repose sur *QUATRE* signes physiques que nous décrirons d'abord avec leurs divers aspects :

### I - Rhinopharyngite aiguë

C'est, lorsqu'il est considéré isolément, un symptôme banal commun à beaucoup de syndromes dits « grippe » ou « rhume » ou « angine ». *La rhinite* est du type congestif, la muqueuse est rouge vif, gonflée, sèche ou au contraire exsudative avec rhinorrhée claire ; souvent la surinfection de ce milieu de culture électif, sujet à toutes les atteintes microbiennes de l'air ambiant, transforme cette rhinite en écoulement purulent.

*La pharyngite*, lorsqu'elle est pure, est faite d'une inflammation de la muqueuse, particulièrement nette au niveau de la paroi postérieure du pharynx : celle-ci est légèrement gonflée, d'une teinte rouge vif ou rouge sombre ; la muqueuse est soulevée par des saillies des éléments lymphoïdes rétropharyngiens ; à leur niveau

elle prend donc l'aspect d'une papule oblongue recouverte parfois d'un exsudat grisâtre, à limites floues se continuant insensiblement avec le reste de la surface de la muqueuse.

Là encore, la surinfection peut faire négliger d'observer cette paroi postérieure et devant les exsudats pultacés d'une amygdale enflammée, on porte hâtivement le diagnostic de « angine pultacée ».

## II - Adénopathies

Les adénopathies *cervicales* sont fréquentes chez des enfants au cours d'un hiver : une angine, une grippe, un épisode aigu de rachitisme ou de lymphatisme les font apparaître.

Lors de ces deux épidémies elles se présentent au niveau des chaînes cervicales antérieures et surtout postérieures. Dans quelques cas, on observe aussi une hypertrophie des ganglions sous angulo-maxillaires.

Ce sont des ganglions durs, mobiles, indolents, sans périadénite dont la taille varie d'une grosse tête d'épingle à une noisette.

Cet aspect clinique peut être attribué à une rhinopharyngite banale ; par contre les adénopathies *axillaires* observées ne peuvent lui incomber ; la palpation soigneuse des aisselles permet de découvrir un à trois ganglions, de la taille d'un petit pois à celle d'une amande. Lorsqu'ils sont petits, leur nombre peut aller jusqu'à 6 ou 8 ; chez les personnes grasses, leur recherche est difficile et c'est souvent très haut dans l'aisselle qu'il faut palper pour les retrouver, parfois sous le grand pectoral. Leurs caractères sont les mêmes que ceux des ganglions *axillaires* de type congestif et non inflammatoire. *Cervicaux*

Enfin, les ganglions *inguinaux*, qui ne sont pas toujours recherchés dans un examen portant surtout sur les voies respiratoires, se montrent dans notre syndrome ; ils manquent parfois et ne revêtent aucun caractère particulier.

Notons que chez le nourrisson du premier âge, nous avons recherché surtout les ganglions axillaires ; et nous nous sommes efforcés de ne pas intégrer dans notre étude les cas où la preuve d'une adénopathie axillaire n'a pu être faite. Car c'est pour nous un critère essentiel parce qu'il se rencontre beaucoup plus rarement qu'une adénopathie cervicale ou inguinale.

### III - Splénomégalie

C'est le deuxième signe majeur et il nous est souvent arrivé de faire un traitement symptomatique seulement, en son absence. Si la rate, en effet, est le plus souvent palpable dès le premier examen, il nous est parfois arrivé de ne la sentir nettement qu'au bout de quelques jours, confirmant ainsi un diagnostic hésitant ou corrigeant une erreur de thérapeutique.

Nous n'avons pas attribué de valeur à la percussion de la rate, qui est difficile et sujette à caution.

Cette splénomégalie est très variable dans son intensité, elle n'atteint parfois son développement maximum qu'au bout de 2 à 3 jours de phase clinique aiguë.

La rate doit être palpée sous le rebord costal, soit sur la ligne axillaire (rarement) soit le plus souvent au niveau de l'hypocondre gauche, soit assez souvent au milieu du creux épigastrique. Sa consistance va de la dureté du foie cirrhotique à celle d'un rein que l'on palpe pour une hydronéphrose ou une ptose.

L'hypertrophie est aussi variable, nous avons pu parfois ne sentir le bord inférieur buter dans les doigts de la main étalée sur l'hypocondre qu'au cours d'une inspiration forcée. Mais insistons sur le fait que le plus souvent la splénomégalie est évidente et qu'elle est sensible même à un examen malhabile ou inexpérimenté.

Nous avons apprécié son volume en prenant pour points de repère la ligne du rebord costal et la dépression ombilicale ou, pour la rate en position épigastrique, la pointe de l'apophyse xyphoïde. La plupart du temps, la rate recouvre largement la ligne imaginaire qui rejoint ces deux repères, et le bord inférieur est situé au  $1/3$ , à la

moitié ou aux 2/3 de cette ligne en prenant pour point de départ le rebord costal (voir schéma accompagnant l'observation 168); nous avons aussi utilisé les comparaisons avec la largeur des doigts ou de la paume.

Cette rate est le plus souvent indolore et le malade ignore totalement ce symptôme, il n'en souffre pas ; mais très souvent aussi, nous pensons devoir attribuer à cette splénomégalie des signes fonctionnels tels que : douleur de l'hypocondre gauche, sensation de gêne, douleur ou pesanteur épigastrique, signes qui se sont montrés soit permanents, soit paroxystiques.

#### **IV - Hépatomégalie**

Nous ferons à peu près les mêmes remarques que pour la rate : variabilité de sa consistance, de son hypertrophie (observation 168), douleur spontanée ou au palper.. ; dans tous les cas où nous avons recherché le volume du foie, nous l'avons trouvé hypertrophié.

Tels sont les quatre signes essentiels auxquels nous devons ajouter pour être complets :

### **L'Hyperthermie**

Elle n'a pas été retrouvée dans les formes vues tardivement ; mais nous pensons que même les formes frustes ont du débiter par un épisode fébrile. Elle peut être très élevée à plus de 40° ou au contraire passer presque inaperçue à 37°7 ou 38°. Elle peut être maximum d'emblée ou procéder par oscillations de quelques jours ; la fièvre monte en général en flèche.

Ce syndrome est si fréquemment retrouvé que nous ne l'avons pas toujours décrit en détail dans nos observations, et il nous est arrivé parfois d'oublier de noter l'hépatomégalie ou les adénopathies bien qu'elles existaient réellement.

### **Les formes cliniques variées**

Le syndrome clinique essentiel est susceptible de se compliquer au point de donner des aspects très différents

suivant les malades ; aussi allons-nous essayer de décrire différents types de tableau clinique, suivant un ordre logique :

- Forme complète aigüe pure,
- Formes atténuées ou vues tardivement,
- Formes avec signes pulmonaires,
- Complications,
- Formes variant avec l'âge.

## **I - Forme complète aigüe et pure**

Nous avons dit qu'elle se trouve dans la moitié des cas, elle peut même se présenter sous cette forme et se compliquer rapidement dans les jours qui suivent.

Le début est le plus souvent brutal ; c'est un enfant qui soudain est fatigué et demande à se coucher, il ne se plaint de rien et la maman n'a rien remarqué d'anormal dans les jours précédents ; elle prend sa température et constate avec effroi que l'enfant a près de 40°. Assez souvent pourtant, on aura des signes prodromiques qui font dire à la maman que l'enfant « couve la grippe ».

- C'est ordinairement une constipation qui aura pu amener à consulter, une anorexie, une apathie... qui inquiètent.

### **Signes fonctionnels**

Un signe très fréquent est la *céphalée* : frontale, occipitale ou le plus souvent diffuse, elle peut être continue entraînant de l'insomnie, mais elle est plus fréquemment paroxystique ; entre les crises le malade ne ressent absolument rien et brusquement, il se plaint d'avoir mal à la tête, il sent que « sa tête est gonflée et va éclater » - parfois cette céphalée revêt un type pulsatile. La crise dure quelques minutes et disparaît spontanément, mais lorsqu'elle se prolonge rien ne la calme ; de plus les crises se répètent fréquemment dans la journée et aucun des antalgiques habituels n'amène d'amélioration.

Ces crises de céphalées s'accompagnent assez souvent d'autres malaises : vertiges à la station debout, et même assise, obligeant le malade à s'aliter ; crises sudorales :

le malade est inondé de sueurs et pense qu'il commence une forte grippe-douleurs abdominales, par crises également soit concomitantes, soit alternées avec les céphalées ; elles se situent en général à l'hypocondre gauche ou au creux épigastrique ; l'enfant interrogé montre du doigt la région du nombril, la douleur est parfois diffuse et vague ; chez l'adulte, elle est souvent remplacée par une sensation de gêne épigastrique ou de poids sur l'estomac ou dans le côté gauche. Elle a pu parfois siéger dans la fosse iliaque droite et simuler une crise d'appendicite aiguë.

Plus rarement on trouvera de la diarrhée, de la dysphagie ; les vomissements ne sont pas rares mais souvent remplacés par des nausées ; parfois le malade se plaint de sécheresse de la bouche.

*L'anorexie* est très fréquente avec soif intense, elle est tenace ou n'existe que durant la période fébrile.

Les myalgies sont assez rares : douleurs du muscle grand dorsal, des masses paravertébrales avec contraction, de la cuisse ou de la jambe, un cas de torticolis douloureux (167) et un autre avec douleur du pectoral et des sus-épineux ; courbatures fréquentes.

Signalons enfin de la somnolence post-prandiale et des fausses fringales (182).

Nous insistons sur le fait que souvent il n'existe aucun signe fonctionnel (voir observation 74, en particulier).

### **Signes généraux**

La fièvre est constante dans les cas vus au début ; variable dans son intensité, elle tombe spontanément en une semaine environ ; les complications sont responsables d'une fièvre trainante.

Une reprise de température en cours de traitement doit faire soupçonner une complication.

L'anorexie et l'asthénie sont de règle, elles durent le plus souvent 3 semaines et cessent brusquement alors.

Le pouls est en rapport avec la température ; nous

l'avons rarement noté dans nos observations et sa dissociation semble peu fréquente.

Le faciès est celui d'un grippé : rouge et vultueux ; on note souvent des crises de pâleur subite coïncidant avec une asthénie intense et brutale, suivies de sueurs et de fatigue.

Nous avons relevé parfois de l'amaigrissement : 5 kgs. en 2 mois chez un adulte (cas 47), chez le nourrisson un arrêt dans la courbe de poids (voir plus loin).

Enfin les troubles urinaires sont fréquents : dysurie, pollakiurie, cystite, crises de polyurie, précédées d'oligurie ; il n'a pas été observé d'éléments anormaux dans les urines, la couleur rouge et l'aspect trouble sont des signes banaux dans toute affection fébrile.

### **Signes Physiques**

L'examen, dans la forme aiguë pure, ne révèle que les signes du syndrome décrit ; notons cependant :

- des éruptions fugaces et discrètes : rougeur de la peau du tronc - sur les membres : quelques papules urticariennes, souvent à la face interne de la cuisse - on a pu même voir un rash qui a fait penser à un début de fièvre éruptive (cas 4).
- la palpation de l'abdomen, en dehors de toute complication a pu montrer une hyperesthésie cutanée et des gargouillements généralisés ou localisés à la fosse iliaque droite.
- assez souvent les reins sont palpables, hypertrophiés et les uretères douloureux au palper.
- langue saburrale qui devient décapillée et vernissée en fin de maladie (rôle des antibiotiques ?).

### **Evolution**

*I - Spontanée* - La maladie évolue en règle générale vers la guérison en quelques jours s'il n'y a pas de complications ; la fièvre disparaît, le malade se croit guéri d'une grippe, seuls des malaises pourront l'amener à consulter (voir plus loin).

*II - Traitée* - Il est remarquable de voir que le traitement arrête en quelques heures l'évolution des formes les plus aiguës :

- les signes fonctionnels s'atténuent rapidement : douleur et céphalées, nausées, vertiges - Persisteront assez longtemps les crises sudorales et l'anorexie.
- la température tombe soit en flèche après 12 à 24 heures de traitement, soit après un plateau de 24 heures, parfois elle descend en lysis ; nous avons déjà dit qu'une fièvre qui remonte ou qui s'accroche par exemple autour de 38° doit faire soupçonner une complication (pulmonaire ou plus fréquemment une otite passée inaperçue à un premier examen). Les chiffres nous ont montré une phase d'hypothermie durant quelques jours à 36°1 (voire 35°9 et 35°5, cas 55).
- seuls l'anorexie, l'asthénie suivent un cycle curieux de 3 semaines, particulièrement net chez l'enfant qui, au bout de ce laps de temps, se met brusquement à manger avec appétit et se comporte en général comme avant sa maladie ; chez l'adulte la force revient et l'on assiste à l'euphorie d'une bonne santé recouvrée. Rarement on observera une évolution trainante et qui fera craindre une tuberculisation du sujet.

La rate, les ganglions et les saillies lymphoïdes sont plus lents à disparaître ; parfois après 3 semaines, on retrouve une légère atténuation dans leur volume et leur consistance ; mais il faut plus d'un mois et demi pour en obtenir la régression totale. Nous n'avons pu observer cliniquement la date exacte de la disparition de la splénomégalie.

## **II - Formes atténuées.**

Elles sont fréquentes chez l'adulte qui ne se fait examiner qu'au bout de quelques jours et qui ne s'arrête que si les malaises persistent. Cependant nous avons pu aussi retrouver les signes physiques chez des enfants à l'occasion d'un examen systématique (départ aux colonies de

vacances) ou à l'occasion d'une autre maladie (fièvre éruptive, troubles digestifs...).

Le malade consulte alors pour des troubles variés : asthénie et anorexie sont les plus fréquents, dyspepsie à type somnolence post-prandiale, de digestion lente, de pesanteur épigastrique, amaigrissement, cardialgies.

L'examen a révélé les éléments du syndrome essentiel, parce que, chez tout malade, nous les avons recherchés systématiquement.

### **III - Forme Pulmonaire.**

Nous avons dit qu'on retrouvait une participation pulmonaire dans 50 % des cas, souvent les signes pulmonaires ne se révèlent qu'au bout de 2 ou 3 jours.

Le début clinique en est marqué par une toux irritante, tenace et rebelle à une thérapeutique seulement symptomatique ; souvent aussi c'est une dyspnée aiguë : le malade manque d'air, a de la difficulté à respirer, ou encore il se sent congestionné ; il a une respiration asthmatiforme (même chez un sujet jusqu'alors indemne d'asthme). Chez l'enfant c'est une polypnée superficielle.

L'examen révèle une atteinte plus ou moins grave des voies respiratoires : c'est au minimum une rudesse respiratoire, ou des râles fins de bronchite congestive, ou des ronflants et sibillants de bronchite aiguë, des râles bulleux de bronchite à la période exsudative.

Souvent, il existe une submatité des sommets ou des bases, unie ou bilatérale, parfois de tout un hémithorax. Enfin, le tableau de pneumonie franche lobaire aiguë est fréquemment retrouvé, mais le traitement à la pénicilline est inefficace et deux jours après nous devons modifier notre diagnostic et notre traitement, sur la découverte d'une splénomégalie apparue tardivement. Nous avons observé que les signes pulmonaires évoluent rapidement vers la bronchoalvéolite exsudative ; dans un cas les signes étaient ceux d'une bronchite capillaire.

Enfin dans un cas, nous avons observé un léger épan-

chement pleural d'ailleurs fugace et dans un autre cas une pleuro-péricardite (138 et 136).

Il n'a pu être pratiqué d'examen radiologiques suivis.

Même dans ces formes pulmonaires, signalons que la toux est souvent absente, parfois à type de trachéite et souvent banale, toux de bronchite d'abord sèche puis plus grasse, ramenant une expectoration aérée ou muco-purulente.

## IV - Complications

Elles sont variées, retardant l'évolution vers l'apyrexie, le plus souvent bénignes, mais facteur d'une asthénie plus intense et plus prolongée, retardant la guérison.

- Otite : congestive avec tympan rouge et otalgie, suppurée obligeant parfois à la paracenthèse. C'est la plus fréquente des complications, que l'on peut éviter par l'emploi des instillations locales et nasales de vaso-constricteurs (type privine) associés à des antibiotiques. Dans un cas le début de la maladie a été marqué par une otite indolore qui a suppuré spontanément dans la nuit (cas 18).
- Angine de "surinfection du pharynx : pultacée ou exsudat recouvrant l'amygdale, parfois aphtoïde.
- La conjonctivite rouge aiguë ou purulente est assez rare, elle fait parfois partie d'un catarrhe oculo-nasopharyngé comme on en voit en début de rougeole.
- par contre, nous avons souvent noté des signes de fatigue cardiaque : extrasystoles, pauses irrégulières et anormalement prolongées du silence cardiaque, tachyarythmie, rarement accompagnées de cardialgies ou de gêne rétrosternale à type d'angine de poitrine. On peut attribuer une partie de ces troubles cardiaques au traitement par les antibiotiques.
- rarement pyélite douloureuse et troubles urinaires avec dysurie.
- les troubles intestinaux fréquents sont banaux et

cèdent aux anti-spasmodiques ; la constipation ou la diarrhée marquent souvent le début de la maladie.

- nous relevons enfin : un cas de strumite douloureuse quelques cas de retard dans la croissance pondérale du nourrisson (signe qui fait consulter), une poussée de trichophytie bovine (mais cette dermatose subit spontanément des poussées extensives printanières), des signes fugaces d'irritation méningée en début de maladie et jamais de méningite confirmée, un cas de primo-infection (cas 159) survenant en période de convalescence, une crise d'acétonémie infantile.
- Notons que la maladie n'influence pas le cours de la grossesse et ne semble pas créer de lésions chez le nouveau-né.

Nous avons dit que les rechutes sont relativement fréquentes au cours des 3 semaines, dans les 3 mois, ou au printemps suivant.

## **V - Formes variant avec l'âge**

*I - Le Nourrisson* - Chez le nourrisson, le début est marqué par une diarrhée qui précède la fièvre pendant 2 ou 3 jours ou par une somnolence anormale.

Dans d'autres cas, l'attention est attirée par un arrêt de la courbe pondérale, un refus marqué du biberon, des baillements fréquents. Parfois le nourrisson a une soif intense, mais il ne boit que la moitié de ses biberons (voir fausses fringales de l'adulte), il a des nausées et parfois il vomit ; il est grognon.

La fièvre est très élevée, le faciès est infecté, les urines ont une odeur forte et les selles sont souvent nauséabondes.

L'examen montre une grosse rhinopharyngite, une splénomégalie qui dépasse les normes physiologiques du nourrisson, et nous attachons une importance particulière à la découverte des ganglions axillaires.

Nous trouvons fréquemment une otite congestive

bilatérale parfois une otite suppurée et des signes de bronchite.

L'évolution est rapide et le nourrisson ne présente pas l'anorexie marquée de l'adulte ; on note cependant des troubles vaso-moteurs : pâleurs subites et sueurs des extrémités. Le traitement amène rapidement une reprise de l'appétit et de l'ascension de la courbe pondérale.

Notons que l'allaitement au sein n'empêche pas la contamination.

## *II - L'Adulte fait le plus souvent une forme pulmonaire.*

Nous trouvons souvent des formes à symptomatologie atténuée mais l'asthénie est plus prolongée que chez l'enfant. Les adultes nous ont signalés souvent une sensation de faim, vite calmée par une quantité minime d'aliments (fausse fringale suivie de sensation de plénitude gastrique). Dans un cas, chez la femme, nous avons constaté une douleur au niveau des ovaires.

C'est surtout chez l'adulte que, devant une pneumonie, nous avons du faire un traitement d'épreuve, la rate étant difficile à percevoir sous une paroi très grasse ou très musclée.

Chez l'adulte aussi, sont plus faciles à mettre en évidence les myalgies, assez peu fréquentes il est vrai.

---

## Diagnostic Clinique - Discussion

Devant un tel syndrome, il nous a été difficile d'établir un diagnostic certain ; nous sommes en effet aux confins d'une foule de syndromes cliniques dits « à virus » ; chaque jour nous apporte des éléments nouveaux dans leur étude, les descriptions se rapprochent beaucoup entre elles, les formes cliniques s'individualisent à souhait. Nous parlerons plus loin de la valeur des examens de laboratoire.

Nous devons d'abord éliminer rapidement certaines maladies qui ne présentent qu'un rapport assez lointain avec notre syndrome essentiel :

- L'hépatite à virus dans sa forme anictérique: c'est là une forme clinique d'exception dans une épidémie d'ictères infectieux. Si l'hépatomégalie est constante, on ne décrit pas de splénomégalie, ni d'adénopathie généralisée.
- la grippe pourrait nous retenir davantage ; en effet l'atteinte des voies respiratoires supérieures, les céphalées, les courbatures existent ainsi que l'évolution, habituellement bénigne ; mais l'hépatomégalie, les adénopathies ne font pas partie de ce syndrome et surtout la splénomégalie n'est décrite que très rarement : parfois on trouve une <sup>rate</sup>rate percutable et non palpable.
- L'ornithose et le groupe des miyagawelloses atteint en général l'adulte jeune ; les rachialgies et l'abattement sont très intenses avec souvent délire. Mais le foie et la rate sont normaux et GUNTHER insiste sur le fait qu'il n'a jamais observé de splénomégalie.
- La brucellose : la céphalée est peu intense, le début est marqué par des sueurs nocturnes, les signes ~~géné~~ généraux sont faibles, la splénomégalie est modérée,

rarement décelable dans les formes graves et mortelles. On a décrit des formes avec polyadénopathies. Le laboratoire nous montre une leucopénie.

- La lymphocytose infectieuse aiguë ne présente ni rate, ni ganglions.
- La pneumonie primaire atypique ne présente pas de splénomégalie, c'est surtout un diagnostic de laboratoire ; de plus elle n'entrerait pas dans le cadre des formes pharyngées pures de notre syndrome essentiel.
- La maladie des porchers a un syndrome clinique assez voisin : début fébrile avec céphalée, courbature, vomissements, troubles digestifs (notons que notre syndrome essentiel est souvent latent) ; le foie et la rate sont hypertrophiées, pharyngite, bronchite.

Si l'on s'en tient à cette première phase, on pourrait discuter ce diagnostic, mais il existe une deuxième phase méningée qui peut manquer (observations de CHARLEUX), de plus la conjonctivite y est quasi pathognomonique, enfin c'est une épidémie qui atteint les employés des grandes porcheries où le leptospire peut se perpétuer sur des animaux neufs, vierges de tout contact antérieur.

- Le syndrome de MOLLARET ou stomatite pseudo aphteuse des bovidés ; cette affection décrite récemment chez l'homme présente ganglions et grosse rate, céphalées avec sensation de vide intracranien, crises sudorales, signes pulmonaires.

Mais c'est là le début d'une affection qui évolue vers un syndrome méningé aigu, les rougeurs buccales sont bien spéciales et la maladie s'observe chez des gens en contact direct avec des bovidés.

- La fièvre récurrente, type cosmopolite ; elle aussi a un début aigu ressemblant à une atteinte grippale, mais la langue soufrée est très spéciale ; la splénomégalie, rapidement importante, suit l'évolution de la température, ce que nous n'avons jamais observé.

Il nous reste maintenant 3 diagnostics à discuter ; notre syndrome clinique essentiel s'y apparente par plus d'un point et, comme nous le verrons plus loin, les examens de laboratoire tendent à affirmer l'un ou l'autre sans pouvoir [arriver à être formels.

Ce sont :

- La Coxsackie,
- La mononucléose infectieuse,
- La fièvre « Q » (Rickettsia Burnetti).

### **I - Coxsackie**

Cette maladie qui atteint surtout les enfants se présente sous 3 formes cliniques :

- nous ne nous arrêterons pas à la forme méningée qui sort du cadre de notre syndrome essentiel.
- la maladie de Bornholm ou myalgie épidémique est aussi très différente : incubation courte, myalgie thoracique très vive ou névralgie intercostale avec induration musculaire, variable avec les mouvements ; peu de signes généraux ; survient en été.

Les complications orchitiques n'existent pas dans notre syndrome essentiel, mais nous observons aussi une convalescence longue avec asthénie et fatigabilité.

- l'herpangine est douloureuse, elle se présente sous la forme de papulo-vésicules qui s'ulcèrent rapidement ; avec rougeur du pharynx, il n'y a ni toux, ni coryza, ni otite, ni adénopathie ; les lésions sont situées sur les piliers antérieurs du voile.

On voit donc que nous pouvons éliminer le diagnostic de Coxsackie.

### **II - Mononucleose infectieuse**

Les examens de laboratoire semblent montrer une relation certaine avec notre syndrome essentiel.

Cette maladie est caractérisée cliniquement par une rhinopharyngite avec adénopathie à prédominance cervicale.

Une splénomégalie palpable est décelée dans 2/3 des cas. L'asthénie est parfois très marquée et manque rarement. Les éruptions et la conjonctivite manquent souvent, CROSNIER a souligné son polymorphisme clinique et récemment on a décrit de petites épidémies familiales.

Mais nous ferons les remarques suivantes :

- c'est une affection où jusqu'ici on n'a décrit que des cas sporadiques et de petites épidémies, n'atteignant jamais les chiffres que nous avons donnés plus haut.
- les signes pulmonaires sont rarement notés.
- nous n'avons comme preuve qu'une réaction de PAUL & BUNNEL positive à un taux discutable.

Cependant l'allure clinique milite en faveur de cette infection, tout au moins dans un grand nombre de nos observations.

### III - LA FIÈVRE « Q » à rickettsia Burnetti

Pour l'étude de cette maladie, nous avons surtout consulté les travaux de J. SMADEL dans le livre sur les virus de RIVERS et la remarquable étude épidémiologique de M. le Professeur GIROUD exposée dans son rapport au 33<sup>me</sup> Congrès d'Hygiène à Paris (1953). Notons tout d'abord que ce dernier pense inclure dans la fièvre « Q » un certain nombre d'observations de pneumonie atypique.

Parmi les arguments en faveur de cette étiologie citons :

- l'allure épidémiologique : dans les épidémies au cours de la campagne d'Italie, les auteurs américains signalent plus de 200 cas dans un groupe de soldats, soit les 2/3 de l'effectif. Le mode de contagion décrit par le Pr. GIROUD donne une part importante aux poussières introduisant le virus dans les voies respiratoires de l'homme ; le lait ingéré rend compte d'une contamination par voie digestive et nous avons remarqué la fréquente intolérance des nourrissons au lait de vache, dans une région où l'on nourrit les animaux de pulpes de betteraves, déchets de la fabri-

cation du sucre. Le rôle des tiques, véhiculées par les nombreux chiens de garde dans les fermes, demanderait à être vérifié. Enfin l'acmé de l'épidémie en Mars-Avril, à l'époque du vèlage, tend à prouver l'origine animale de l'épidémie.

- la forme pseudo-grippale avec température, céphalée frontale, myalgie, anorexie, asthénie, sueurs et conjonctivite répond assez bien à certaines formes observées, ainsi que la longue convalescence. Nous n'avons pas précisé les rapports du pouls et de la température.
- la forme pulmonaire aussi se rapproche de notre syndrome essentiel : apparition souvent tardive des signes pulmonaires, râles fins, pleurite fugace, opacités diffuses en « verre dépoli » à l'examen radiologique ; et d'après les auteurs américains : les quintes de toux, la submatité limitée, la diminution du murmure vésiculaire, les râles humides et fins, les images radiologiques à bords flous... nous avons observé et décrit plus ou moins cette forme. Par contre nous avons rarement noté la douleur thoracique et le pouls lent.
- les formes méningées et exanthématiques ne sont pas observées dans notre étude. Notons cependant que l'erreur de diagnostic a parfois été faite avec un rash pré-éruptif.
- L'évolution vers une convalescence avec asthénie et amaigrissement vite compensé est aussi parallèle à celle de notre syndrome essentiel.
- les expérimentations animales montrent l'hypertrophie de la rate, du foie et des poumons ; l'étude biopsique montrant un exsudat fibrineux intraalvéolaire et bronchique avec desquamation bronchique et épaississement de l'épithélium alvéolaire, autant d'arguments en faveur de cette étiologie.
- l'argument thérapeutique est bien mis en évidence par SMADEL.
- les premières observations françaises de fièvre « Q » ; celles de M<sup>me</sup> BERTRAND-FONTAINE nous confirme

les céphalées intenses, la fièvre, les sueurs, la constipation, les myalgies, la rate tardivement palpable et l'hypotension passagère.

Le cas de M. DECOURT précise l'épistaxis, la rhinopharyngite, l'hypotension, les râles fins pulmonaires, mais ne décrit pas la splénomégalie. Les premiers cas de LYON mettent l'accent sur l'efficacité de l'auréomycine seule.

Tels sont les arguments qui nous font penser à une épidémie de fièvre « Q », sans pouvoir cependant fixer définitivement notre opinion.

---

## LES EXAMENS DE LABORATOIRE

Alors que la clinique nous laissait dans le doute, nous avons essayé d'obtenir la confirmation par laboratoire. Mais les conditions de travail qui nous étaient imposées rendaient difficiles de longues et nombreuses recherches. L'éloignement nous interdisait certains examens ; d'autres nous étaient rendus difficiles par la susceptibilité de l'entourage du malade ou des arguments pécuniaires. Enfin, notre impéritie concernant les techniques de laboratoire a provoqué bien des retards et des erreurs regrettables.

Voici les résultats obtenus :

### Formule sanguine

Nous n'avons pas observé d'anémie notable.

- La leucocytose était la règle (au 2<sup>e</sup> jour de la maladie) ; un cas à 11.300 globules blancs.
- avec polynucléose neutrophile (86 et 75 %).
- pas d'éosinophilie, ni de monocytose, pas de leucopénie.

### Radlographies

- Opacités diffuses périhilaires.
- ou triangle à sommet hilaire.
- ou condensations nodulaires avec autres zones en mie de pain ce qui nous rappelle les descriptions des images observées dans la pneumonie primaire atypique.
- dans un cas opacité linéaire partant du hile vers la clavicule.

### **Microbiologie du Rhinopharynx**

La plupart des examens ont été pratiqué à l'hôpital SAINT-ANTOINE dans le Service de M. le Professeur Agrégé KOURILSKY.

La flore bactérienne correspond à :

- Staphylocoque blanc,
- Streptocoque,
- Neissériacées (gram négatif) avec corynebacterium (gram +) type Hoffman et un petit bacille gram + à centre clair, renflé et à coloration bipolaire.
- Corynebacterium type Hoffman et Cutis,
- bacilles gram négatif.
- gros bâtonnets en chaînettes gram négatif.

Ces examens, on le voit, ne nous révèlent qu'une flore banale du rhinopharynx.

N.B.- Deux analyses d'urine ne nous ont montré ni glucosurie, ni albuminurie.

### **Agglutinines froides**

Quatre examens ont été pratiqués chez des adultes ; deux malades présentaient une forme pulmonaire. Tous les examens ont été négatifs ou présentaient une agglutination de 1/8 à 4<sup>e</sup>, ce qui élimine pratiquement la pneumonie primaire atypique.

### **Réaction de Hirst**

Elle a été pratiquée chez ces quatre malades ; on en trouvera le détail aux observations 99, 151, 153, 171.

Un seul cas s'est montré positif à l'antigène B.

On ne doit pas s'étonner du diagnostic<sup>de</sup> de grippe au cours d'une épidémie infectieuse printanière, il s'agit là de pure coïncidence.

### **Rickettsioses**

Nous avons été malheureusement mis tardivement en rapport avec M. GIROUD et c'est seulement sur 3 cas

dépistés en Avril 1954, en fin d'épidémie, que nous avons pratiqué les réactions. (Cas 176, 159, 168). Seul le cas 168 s'est montré faiblement positif, prouvant seulement un contact récent avec l'agent de la fièvre « Q », sans affirmer une atteinte certaine de la maladie. Les réactions ont été pratiquées sur des sérums prélevés au 52<sup>e</sup>, 54<sup>e</sup>, 57<sup>e</sup> jour de la maladie.

## **Mononucléose Infectieuse**

### **Réaction de Paul et Bunnell**

Un premier examen, pratiqué après de multiples démarches auprès du Service d'Hygiène de BEAUVAIS, a été négatif (cas 19, au 3<sup>me</sup> mois).

Récemment, nous avons fait pratiquer cette réaction sur les 3 sérums indiqués ci-dessus : deux sont négatifs (1/14 et 1/7), le troisième est faiblement positif aux taux suivants: sérum 1/112, bœuf 1/7, Forssmann 1/14. Ce taux est à un point critique de la courbe ; il est impossible de dire si la réaction sera plus positive, sur un nouveau prélèvement affirmant le diagnostic ou au contraire négative ; un deuxième prélèvement sera fait pour éclaircir le problème.

---

## THERAPEUTIQUE

Les essais de thérapeutique à la Pénicilline seule, à la Pénicilline associée à la Streptomycine, n'ont aucunement influencé la courbe thermique qui est restée en plateau, avec parfois une chute partielle initiale (par exemple de 40° à 38°5). Cependant, nous avons observé une amélioration des signes de surinfection pulmonaire.

La TIFOMYCINE (Chloramphénicol), à la dose initiale de 30 à 40 mg. par kg de poids et par jour, nous a donné des rémissions franches, mais des rechutes précoces nous ont obligé à prescrire ensuite l'Auréomycine.

La TERRAMYCINE est un traitement souvent efficace à la dose de 30 mg par kg et par jour ; mais après quelques essais, nous l'avons aussi abandonnée, car elle a été parfois nettement inefficace (cas 7 et 8).

Seule en définitive, l'AUREOMYCINE s'est montrée active dans tous les cas, non seulement dans des formes aiguës, mais aussi dans des formes atténuées, non fébriles et vues tardivement ; l'amélioration rapide de signes fonctionnels tels que céphalées, anorexie, douleurs abdominales, vertiges, asthénie en est la preuve. La fièvre tombe en 12 h. à 3 jours.

La posologie a été la suivante :

*Nourrissons et enfants* : 30 mg par kg de poids le premier jour, puis doses rapidement régressives pendant 2 à 4 jours,

*Chez l'adulte*, nous pratiquons la dose standard suivante : 2 gr, 1 gr, 1 gr.

dans les formes atténuées : 1 gr., 1 gr., 0 gr. 50  
peut-être dans certains cas cette posologie nous a paru insuffisante.

Les signes généraux s'atténuent en général rapide-

ment, la splénomégalie, l'adénopathie, les saillies lymphoïdes ont rarement été influencées et leur régression s'est faite en général 2 mois après.

Les traitements symptomatiques associés ont une grande valeur : en particulier, la désinfection rhinopharyngée est très importante pour prévenir ou guérir les surinfections.

- Les instillations d'Auréomycine agissent nettement sur les muqueuses congestionnées du rhinopharynx ; il est parfois nécessaire en cas de tubite associée, d'y adjoindre la privine ; les instillations de Bacitracine-Privine sont, aussi, efficaces.
- L'Eucalyptine, les balsamiques, l'Ozothine agissent bien sur les signes pulmonaires ; le sirop de Phénergan calme bien la toux, les gastralgies et les vomissements.
- La pommade à l'Auréomycine n'est pas toujours efficace sur l'hypertrophie des ganglions.
- Les compresses de synthol et le Belladénal sont actifs sur les céphalées et les douleurs abdominales dues à la splénomégalie.
- L'angine est traitée par les médicaments habituels : suppositoires de bismuth, pastilles de tyrothricine...

*N.B.*- Nous avons peu employé l'association : sulfamide 0 g. 50 et Auréomycine 0 g. 125 par comprimé (Trisulfazine à l'auréomycine). Ce médicament nous a semblé être efficace mais agir plus lentement que l'Auréomycine seule (dose : 3 comprimés, puis 2 et 2). Il nous a semblé mieux toléré.

L'Auréomycine a donné lieu à des incidents bénins : gastralgies, nausées et diarrhée vert foncé pâteuse sont fréquemment signalés par les malades ; vomissements, langue noire, éruption urticarienne plus rarement ; l'ingestion de chaque prise (toutes les 4 ou 6 heures), avec un peu de laitage, améliore la tolérance des voies digestives pour le médicament ; nous avons également prescrit, avec succès, le sirop de phénergan chez le

nourrisson et l'enfant, les préparations de *B. acidophilus* (Vivacidol, Ultralevure...) les vitamines du complexe B (Pentavit, Bécozyme).

Nous n'avons pas utilisé l'Auréomycine injectable. Enfin parmi les fortifiants et toniques, nous avons prescrit extraits hépatiques vitaminés, glucalcium, vitamine C ; signalons l'action remarquable des extraits d'algues marines (Plasmarine et Marinol) sur l'appétit chez les enfants et sur la durée de la convalescence.

Les adultes se trouvent bien d'un traitement par les extraits endocriniens (Crinosthényl vitaminé).

---

## LES OBSERVATIONS

Il nous a été donné d'observer le syndrome clinique essentiel dans 184 familles ; nous relaterons ici les cas les plus typiques ou ceux qui nous ont donné lieu à des observations avec signes particuliers.

*Observation I.* - D... à Est... - Ce malade souffre habituellement d'une angine de poitrine. Le 26-2-53, il consulte pour dysphagie et céphalées. L'examen révèle une broncho-pneumonie bilatérale et une angine rouge -

Traitement - tonicardiaques, trinitrine caféinée et l'association Streptomycine-Bipénicilline (0 g 50 - 500.000 unités) matin et soir.

2-3-53 - La température reste stationnaire aux environs de 40°. On trouve des signes d'insuffisance cardiaque. D'autres cas nous ayant révélé l'existence possible d'un syndrome spécial, nous recherchons la rate, qui, ici, est nettement palpable et les ganglions qui sont hypertrophiés ; on institue alors un traitement : Auréomycine 3 gr. par jour.

4-3-53 - la température est normale, les signes pulmonaires sont presque disparus.

Il persistera pendant environ 15 jours des signes de myocardie, avec asthénie intense et de l'anorexie.

*N.B.* - Ce cas a été observé par le Dr ANDRIEU avec qui nous avons travaillé au cours de cette épidémie, et nous le remercions d'avoir bien voulu nous aider au cours de nos recherches cliniques.

*Observation 3* - A... Serge à Ch... 4 ans - Ce cas est un des premiers et des plus graves que nous ayons observé.

10-3-1953 - forte température, angine érythémato-pulta-

cée avec pharyngite intense ; la paroi postérieure est le siège de nombreuses saillies papuleuses des éléments lymphoïdes. Poumons : signes de pneumonie gauche, grosse bronchite droite avec râles ronflants et sibillants - Traitement : Didromycine Bipénicilline matin et soir.

12-3-53 - La température reste stationnaire, signes de pneumonie au sommet gauche seulement, angine et otite.

13-3-53 - Légère régression des signes physiques, mais apparaissent des signes d'irritation méningée : céphalées, nausées, raideur de la nuque, signe de Brudzinki - Température à 39°, même traitement.

15-3-53 - Un examen plus complet nous montre, non seulement de nombreux et importants ganglions cervicaux déjà notés lors d'un examen précédent, mais aussi des ganglions axillaires et inguinaux - la rate est énorme, son bord inférieur se situe à mi-chemin entre le rebord costal et l'ombilic. On prescrit alors Auréomycine 0 gr 60 par jour soit un comprimé à 0 gr 10 toutes les 4 heures.

16 Mars - la température est tombée dans la nuit (soit en 20 h.). On diminue la dose d'Auréomycine : 0 gr 10 toutes les 6 heures.

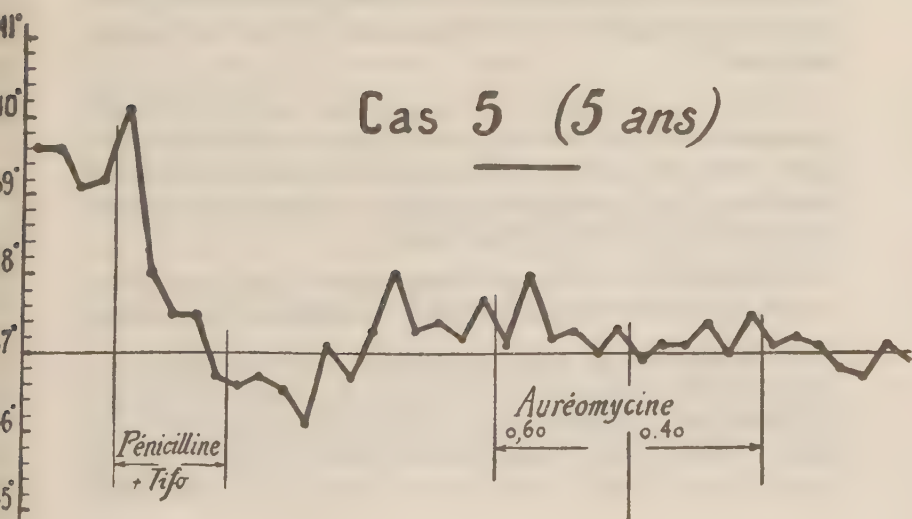
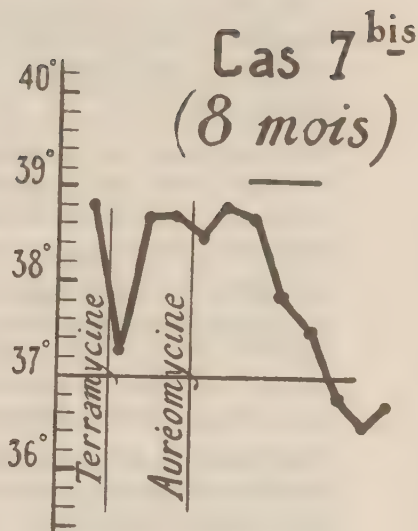
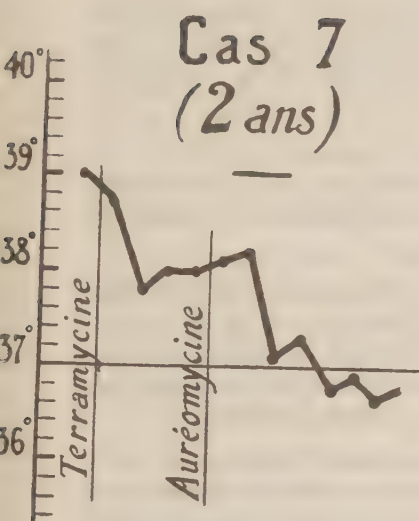
18 Mars - les deux poumons sont le siège de râles bulleux.

24 Mars - les signes s'atténuent de plus en plus, aussi bien au niveau des poumons que du pharynx, et les tympanes perdent leur teinte rouge observée le 12.

Le malade, porteur d'une trichophytie bovine à la jambe gauche, ressent des douleurs, et l'examen montre une poussée extensive de cette dermatose.

Le malade est revu le 15 Avril, à l'occasion d'une angine avec bronchite droite. Le traitement à l'Auréomycine amène la chute de la température et l'atténuation des signes cliniques en 2 jours.

*Observation 4* - Le 20 Mars un nourrisson (10 mois), frère du cas 3, est examiné ; il avait présenté 4 jours auparavant un catarrhe, qui avait fait suspecter la rougeole (quelques cas dans le pays).



Il n'y a pas eu d'éruption et l'enfant présente de la température, des ganglions cervicaux et axillaires, une rate palpable, une pharyngite et une bronchite double -  
Traitement : Auréomycine.

22 Mars - La température baisse en lysis, l'angine régresse ; on trouve au poumon droit une matité et des râles fins par bouffées en fin d'inspiration - convalescence rapide.

*Observation 5 - Ch... Floryse - 5 ans à Ch...*

5 Mars 1953 - température à 39°6, angine que la mère traite avec les moyens habituels (Bismuth, collutoire, désinfectants rhino-pharyngés).

Le 7 Mars - température à 40° ; un médecin appelé prescrit pénicilline 500.000 unités matin et soir en intramusculaire et 1 gr. de Chloramphénicol en suppositoires à 0 gr. 25 répartis dans les 24 h. ; la température cède dès le lendemain et le traitement est arrêté le 10 Mars.

16 Mars - La fièvre a subi une poussée légère dès le 13 et nous examinons ce malade ce jour ; devant la présence des signes essentiels : splénomégalie, adénopathies, pharyngite avec saillies lymphoïdes, nous instituons un traitement à 0 gr. 60 d'Auréomycine par jour.

19 Mars - La température a cédé dès le lendemain (voir courbe) ; les signes s'améliorent, dose prescrite : 0 gr. 40 par jour.

23 Mars - Le traitement est arrêté depuis le 21 ; la température reste normale et la courbe sera parfaite dans les jours suivants. La rate, de consistance très ferme, et les ganglions n'ont pas diminués, ni en volume, ni en consistance (celle d'un foie cirrhotique).

Le 29 Mars - Un examen occasionnel nous permet de noter que la rate se laisse déprimer et devient plus molle.

— 9 Mars 1954 - Le même enfant fait une rechute du syndrome décrit (ainsi que son frère, cas 6) - pharyngite il y a 3 semaines, aujourd'hui se plaint de céphalées et a vomé hier. A l'examen, la rate est à peine palpable sous le rebord costal, nette adénopathie, pharyngite avec quel-

ques saillies et exsudat blanchâtre sur les amygdales.

Traitement : Auréomycine.

12 Mars - Il a fait hier une rhinorrhée aiguë avec éternuements ; le clocher fébrile semble dû à une otite droite, le tympan est dépoli et l'oreille est douloureuse. On associe au traitement prescrit une préparation de Bacitracine-Privine en instillations locales.

16 Mars - Nous avons la surprise de constater l'augmentation de l'adénopathie et du volume de la rate qui devient très grosse et déborde largement le rebord costal. (Ce fait est signalé dans le cas de fièvre « Q » observé à PARIS par M<sup>me</sup> BERTRAND-FONTAINE).

Les autres signes cliniques régressent et la convalescence sera longue, après une petite rechute en Avril.

*Observation 6* - Ch... Joël - 8 ans (frère de Floryse).

6 Mars 1953 - Traité par un autre médecin dans des conditions analogues à celles de sa sœur.

16 Mars - Nous le voyons pour une rechute fébrile à 39° qui dure depuis deux jours ; on note surtout une pharyngite des signes de bronchite droite avec splénomégalie et adénopathies.

Traitement : Auréomycine 1 gr. par jour.

17 Mars - La température est autour de 38°, les signes pulmonaires sont maintenant à type de pneumonie du sommet droit. On persiste à prescrire 1 gr. d'Auréomycine par jour.

21 Mars - La fièvre est tombée, traitement de consolidation 0 gr. 75, 0 gr. 75, 0 gr. 50 puis arrêt.

29 Mars - L'enfant va bien, les signes régressent peu à peu. On notera la reprise brusque de l'appétit, après 3 semaines seulement, malgré la prescription de toniques (extraits hépatiques, calcium et vitamine C per os).

L'enfant fera en Février 1954 une rechute à type pharyngé pur mais toujours avec splénomégalie et hépatomégalie, adénopathies, signes d'otite congestive, qu'un traitement à l'Auréomycine à doses faibles fera régresser.

*Observation 6 bis - Ch... Danièle - 12 ans.*

3 Avril 1954 - Cette jeune fille aurait eu il y a 3 semaines une angine et présente de la diarrhée depuis plusieurs jours.

A l'examen pharyngite importante, rate palpable et adénopathies cervicales, axillaires et inguinales. Le palper réveille un point douloureux dans les deux flancs au niveau du pôle inférieur des reins ; la malade présente de la pollakiurie.

Traitement : Auréomycine,

Nette régression en deux jours.

*Observation 7 - D... Josiane - 2 ans à L.*

11 Mars 1953 - Très grosse angine avec pharyngite importante (nombreuses saillies), otite gauche et bronchite droite.

Traitement : Auréomycine.

Régression lente des signes cliniques.

3 Mars 1954 - Température à 39° - dyspnée avec tirage et voix rauque, importante pharyngite avec angine pultacée, signes de trachéo-bronchite. La palpation montre une splénomégalie avec hépatomégalie et adénopathies ; nous tentons un traitement à la Terramycine à la dose de 3 ctg par kg. de poids le premier jour et doses régressives dès la chute de la fièvre.

5 Mars - Peu d'amélioration, la température est à 38° (voir courbe). Seul, le timbre de la voix s'éclaircit et sa raucité ne se révèle que par intermittence. Nous changeons alors notre thérapeutique et prescrivons de l'Auréomycine.

8 Mars - La fièvre est tombée en 24 h., les signes pulmonaires ont disparu, le pharynx est rose, l'expectoration est blanchâtre et aérée.

*Observation 7 bis - D... nourrisson de 8 mois.*

3 Mars 1954 - L'enfant présente une fièvre à 38°8. anorexie et soif intense, adénopathie et surtout nombreux petits ganglions axillaires - foie et rate palpables - grosse pharyngite.

Traitement : Terramycine.

5 Mars - Là encore il n'y a pas d'amélioration (voir courbe) la soif est encore plus intense, le bébé est grognon et pleure souvent.

Nous prescrivons alors de l'Auréomycine.

8 Mars - La fièvre est tombée ; la soif est moins intense ; le pharynx est rose.

*Observation 7 ter* - D... Marie-Claire - 5 ans 1/2.

8 Mars 1953 - L'enfant présente de la température et à l'examen otite congestive, bronchite droite ; enfin le syndrome essentiel habituel décrit plus haut.

Traitement : Auréomycine.

10 Mars - La fièvre est tombée, l'otite droite persiste.

18 Mars - Régression lente de la pharyngite et de l'otite. Vers la fin Juin, la malade fera une rechute avec diarrhée.

3 Mars 1954 - Rechute après un an.

L'enfant se plaint de vertiges depuis 5 jours.

5 Mars - Nous l'examinons ce jour à la demande de la mère : Pharyngite aiguë ; nombreux ganglions cervicaux inguinaux et axillaires, un gros ganglion sous-maxillaire, la malade n'a pas de fièvre et n'a plus de vertiges, la rate est palpable, nous prescrivons seulement des instillations nasales d'Auréomycine.

8 Mars - Devant la persistance de la pharyngite et de l'anorexie, nous prescrivons une dose faible d'auréomycine et nous voyons les signes régresser en 8 jours.

*Observation 9* - F... à G. F...

9 Mars 1953 - A noter, en dehors du syndrome typique, une angine, une otite et une bronchite droite. Un prélèvement de gorge est pratiqué qui montre :

- bacilles articulés et filamenteux.
- Cocci gram positif.

*Observation 11* - D... Marie-Claude, 5 ans à G. F...

Ce fut l'un des premiers cas, particulièrement aigu, qui nous a incité à rechercher l'étiologie clinique et la thérapeutique efficace.

Le 12 Mars - L'enfant présente une angine avec pharyngite très accentuée, une otite et une bronchite gauche.

Traitement : Pénicilline à 500.000 unités matin et soir.

Dans la soirée, les signes s'aggravent, le sommet gauche présente une matité et l'on porte le diagnostic de pneumonie ; le pharynx est légèrement amélioré et les tympanes sont grisâtres.

Le 14 Mars - La température est toujours stationnaire aux environs de 40°, le faciès est vultueux, l'enfant présente une conjonctivite aiguë, on décide de faire 200.000 unités de Spécilline G toutes les 3 heures.

A 14 h. nous révisons notre diagnostic sur l'aspect d'autres malades et, pensant à une mononucléose infectieuse, nous tentons un traitement à l'Auréomycine (30 mg. par kg. de poids).

Le 15 Mars à 11 h. la température est à 37° et l'enfant se sent beaucoup mieux.

Le 18 Mars, il subsiste une submatité et des râles fins au sommet gauche, l'adénopathie et la splénomégalie, l'enfant tousse beaucoup.

Le 6 Mai - L'enfant fait une bronchite avec râles bulleux, puis une asthénie importante fait rechercher par un pédiatre les signes <sup>de</sup> primo-infection, sans résultats.

*Observation 12* - P... à Ch..., fillette de 7 ans.

12 Mars 1953 - Syndrome essentiel avec angine.

Traitement : Auréomycine.

19 Mars - Asthénie et pâleurs des téguments, les signes cliniques et la température ont régressé.

26 Mars - Les ganglions et la rate sont encore palpables ; ce n'est qu'au bout de 3 semaines, presque jour pour jour, qu'on observera une reprise nette de l'appétit.

*Observation 13* - L... à Ch..., femme enceinte de 8 mois 1/2.

13 Mars 1953 - On porte le diagnostic de pneumonie franche lobaire aiguë gauche et on prescrit Bronchocilline 500.000 U. I. matin et soir.

15 Mars - La température est toujours à 39° ; chez cette femme grasse, la recherche des ganglions et de la splénomégalie est peu probante. La persistance de la température, de la pharyngite et des signes congestifs pulmonaires nous décident à essayer le traitement par l'Auréomycine.

Le 16 Mars - La température est à 38°7 et les deux poumons sont envahis de râles bulleux, la matité a fait place à une submatité des 2 bases - La malade se sent mieux.

Le 19 Mars - la température est normale, mais la femme se plaint d'une toux pénible avec trachéite.

Elle accouchera quelques jours plus tard d'un enfant vivant et bien portant.

*Observation 15. - B... à Ch... - garçon de 7 ans.*

17 Mars 1953 - l'enfant présente une température à 40°4 avec angine et bronchite congestive ; on retrouve par ailleurs le syndrome essentiel.

Traitement : Auréomycine.

19 Mars - la température tombe en 3 jours (voir courbe).

Récidive en 1954.

22 Mars - L'enfant présente une fièvre à grandes oscillations depuis deux jours, il a vomi le matin et se plaint du ventre. Grosse pharyngite, aucun signe pathologique pulmonaire, gargouillements à la palpation de la fosse iliaque droite. On retrouve à nouveau les adénopathies et la rate palpable qui est très hypertrophiée.

Traitement prescrit : Auréomycine.

24 Mars - Le traitement a été appliqué de façon discontinue et dans la journée seulement : cependant la pharyngite est en régression ; une grosse rhinite congestive nous fait conseiller des instillations de Privine.

27 Mars - Nette amélioration de tous les signes, quelques râles de bronchite, ganglions et rate sans changement.

Le malade fera les oreillons quelques jours plus tard.

*Observation 17 - P... à G.F....* - Cet homme vient nous consulter pour une pharyngite et un peu de fièvre; son fils de 2 ans a fait une angine il y a 2 jours. L'examen nous révélant le syndrome essentiel, nous profitons de sa présence au Cabinet de consultation pour pratiquer une radioscopie, qui nous révèle une densification diffuse du poumon gauche formant un triangle du hile au rebord costal.

Nous demandons au laboratoire une formule sanguine dont les résultats sont les suivants;

|                   |           |                      |
|-------------------|-----------|----------------------|
| — Globules rouges | 4.740.000 | — Hémoglobine 100 %. |
| — Globules blancs | 11.300    |                      |
| — Granulocytes    |           |                      |
| Neutrophiles      | 75        |                      |
| Eosinophiles      | 1         |                      |
| Basophiles        | 0         |                      |
| — Agranulocytes   |           |                      |
| Lymphocytes       | 21        |                      |
| Monocytes         | 3         |                      |

Le malade n'a pas été revu par la suite.

*Observation 18 - D... à Ch...* - Dans cette famille les 5 enfants: 12 ans (fillette), Serge 5 ans, Gilles 4 ans, Jean-Claude 2 ans et Alain 6 mois, ont été atteints presque simultanément.

En 1953 - ils présentèrent le syndrome essentiel décrit avec signes pulmonaires et chute rapide de la température avec l'Auréomycine (en 1 à 4 jours). Le petit Alain débuta sa maladie par une otite bilatérale indolore et suppurée d'emblée au cours de la nuit de 19 au 20 Mars.

En 1954, les quatre garçons récidivent à 2 et 3 jours d'intervalle.

Serge, 6 ans, le 9 Mars présente, associés au syndrome essentiel, des céphalées, vomissements de bile, toux pénible et sensation de pesanteur épigastrique, troubles qui disparaissent en deux jours avec l'Auréomycine; chez lui on trouve des signes pulmonaires discrets à type de respiration rude aux deux sommets. La privine associée à l'Auréomycine en instillations nasales semblent don-

ner de meilleurs résultats que l'Auréomycine employée seule.

Les autres présentent des signes analogues ; signalons chez Jean-Claude la présence d'un très gros foie et d'une très grosse rate, d'une importance exceptionnelle.

Un mois plus tard, les enfants feront les oreillons.

*Observation 19 - D... à Bl..., garçon de 8 ans.*

19 Mars 1953 - L'enfant est soigné depuis 15 jours par un autre médecin pour une angine rebelle, avec température autour de 38°. Il présente le syndrome essentiel décrit avec une adénopathie particulièrement nette au cou, des ganglions à l'aisselle et à l'aîne.

**Traitement ; Auréomycine.**

23 Mars - la température est normale et les signes régressent.

Le 25 Mai, l'enfant fait une rougeole.

En Juin, nous avons pu faire pratiquer une réaction de PAUL & BUNNEL par le laboratoire départemental de BEAUVAIS : négative.

*Observation 22 - P... à Ch...*

20 Mars 1953 - Ce garçon est traité depuis 8 jours pour une angine qui persiste avec état subfébrile malgré le traitement habituel (Bismuth par voie rectale, désinfectants locaux). Il présente un très gros ganglion sous maxillaire gauche qui inquiète la maman ; l'examen révèle le syndrome essentiel et nous prescrivons un traitement à l'Auréomycine à doses modérées et localement de la pommade à l'Auréomycine.

25 Mars - Le ganglion a nettement diminué, le pharynx a repris sa teinte rose normale, les points purulents sur les amygdales ont fait place à un léger exsudat blanchâtre diffus.

1<sup>er</sup> Avril - Les ganglions ont presque disparu, la rate n'est plus palpable, elle aurait donc régressé en 3 semaines environ.

Sa sœur, observée en même temps, a présenté les mêmes signes.

*Observation 23 - L... à C..., fillette de 2 ans.*

Le 20 Mars, elle présente une pharyngite fébrile et une bronchite droite.

Traitement : pénicilline 400.000 unités par jour en suppositoires.

Le 22 Mars, la bronchite persiste, apparition d'une otite congestive (tympa rouge), la fièvre n'a pas diminué : un examen plus approfondi permet de retrouver les éléments du syndrome essentiel (rate, ganglions et pharyngite). Un traitement à l'Auréomycine amènera une chute rapide de la température ; une asthénie intense de courte durée suivra la guérison et on notera le 31 une température à 35° 9.

Le 4 Avril 1954, elle fait une rechute : température à 39°5, nausées, vagues douleurs épigastriques. A l'examen importante pharyngite, respiration rude des deux poumons, micropolyadénopathies, gros foie, rate palpable, mais de consistance molle.

Traitement : Auréomycine.

Le 7 Avril, la température est à 36°1 et seule la pharyngite persiste, atténuée.

*Observation 24 - B... Serge, 8 ans.*

En 1953, il présente le syndrome essentiel avec angine et bronchite ; l'évolution est banale avec le traitement à l'Auréomycine. On note cependant une certaine fatigue cardiaque, qui se traduit par des extrasystoles.

Le 10 Mars 1954, l'enfant fait une rechute, et nous sommes appelés parce qu'il présente depuis quelques jours de l'anorexie et que ce matin il souffre de céphalées et de courbatures dites « grippales » — Ni vomissements, ni diarrhée, ni gastralgies.

A l'examen, très grosse pharyngite, bronchite congestive bilatérale avec râles fins et submatité à droite au sommet ; nous retrouvons un gros foie, une très grosse rate en position épigastrique et des ganglions.

### Traitement ; Auréomycine.

Le 15 Mars, l'enfant souffre encore de gastralgies et de vomissements ; une ascension de la température à 38° est due à une otite (tympan dépoli), le pharynx est rose et on trouve une grosse bronchite gauche.

Le 19, régression presque totale des signes physiques et reprise nette de l'appétit.

#### *Observation 25 - L... à Ch...*

De ce cas chez une fillette de 4 ans, nous ne retiendrons que le début atypique ; la découverte de quelques macules rouges, associées à un catarrhe oculo-nasal nous avait fait craindre une rougeole à la phase d'invasion. Nous avons également observé des extrasystoles en fin de maladie.

Une rechute en 1954 (10-2-54), avec rate en position épigastrique, répondra au traitement à la Terramycine.

#### *Observation 27 - Enfant D... à M...*

Sa mère qui exerce la profession d'infirmière, le soigne pendant 8 jours pour une grippe et devant la persistance de la température nous appelle le 25 Mars 1953.

A l'examen, nous trouvons une bronchite droite, une otite, avec le syndrome essentiel ; nous prescrivons 0 gr. 60 d'Auréomycine par jour, des suppositoires d'Ozothine,

La température tombe en flèche (voir courbe) et le 29 nous diminuons, à 0 gr. 30 par jour, la dose d'Auréomycine. Malgré des signes de bronchite bilatérale, la maladie évoluera vers la guérison sans rechute fébrile et le traitement est arrêté le 31.

#### *Observation 29 - Enfant G... à Ch...*

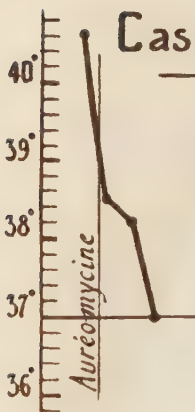
Chez cet enfant la rate est très grosse en position épigastrique et son bord inférieur est palpé à environ un travers de doigt au-dessus du nombril. Il souffrira au cours de sa maladie de gros troubles digestifs : nausées, anorexie, diarrhée. Les douleurs abdominales, qu'il situe au creux épigastrique, semblent devoir être attribuées à une rate douloureuse, ce que nous avons remarqué assez souvent dans d'autres observations.

3 semaines après le début de son affection, nous aurons

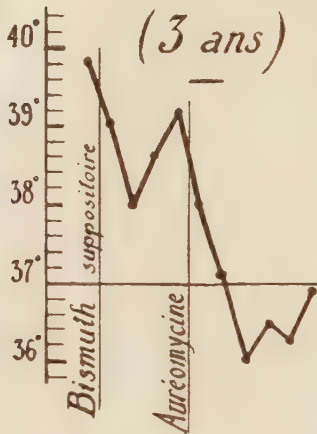
# Cas 27



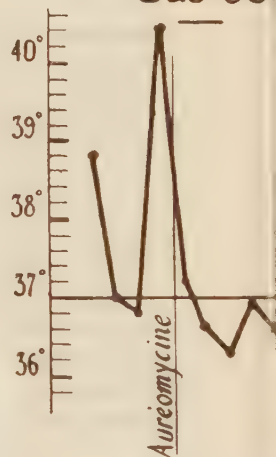
## Cas 45



## Cas 54 (3 ans)



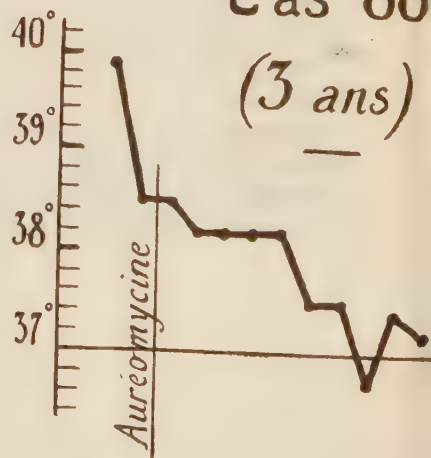
## Cas 68



## Cas 74 (3 ans ½)



## Cas 88 (3 ans)



l'occasion de revoir le malade : la rate est alors plus molle et un peu moins grosse, il existe encore des saillies lymphoïdes de la paroi postérieure du pharynx.

*Observation 30 - D... à R... - homme de 22 ans.*

27 Mars 1953 - Syndrome essentiel avec angine purulente et bronchopneumonie à droite ; évolution rapide vers la guérison.

**Traitement ; Auréomycine.**

Une formule sanguine a pu être pratiquée au 2<sup>e</sup> jour :

Granulocytes - Neutro 86, Eosino 0, Baso 0

Agranulocytes - Lympho 10 - Monocytes 0

Cette formule sanguine pratiquée au 2<sup>e</sup> jour de la maladie n'a qu'un intérêt médiocre. Elle n'a pu être vérifiée par la suite, le malade étant cliniquement guéri.

*Observation 45 - P... G.F... - 1<sup>e</sup> - En Avril 1953, cette femme, enceinte de six mois, présente un syndrome typique qui guérit rapidement. Rechute le 7 Juillet.*

2<sup>e</sup> - 11 jours plus tard, (durée d'incubation ?) son enfant, âgé de trois semaines, présente une fièvre à 39° avec légère dyspnée ; pharyngite avec de nombreuses saillies, rate palpable, adénopathies.

**Traitement : Auréomycine.**

Le 20 Juillet - la température est à 40°, otite congestive bilatérale.

Le 21 - Fièvre à 38°2, diarrhée signes de déshydratation, l'otite persiste à droite..

Traitement - Auréomycine - suppositoires de Tifomycine (Chloramphénicol) et instillations de Pénisulfa dans les narines et les oreilles. Le lendemain, une paracenthèse droite ramenant un peu de pus suffira à amener une nette amélioration malgré des signes de bronchite congestive à droite.

3<sup>e</sup> - P... - garçon de 6 ans.

26 Mars 1954 - Fièvre à 40°6, céphalées occipitales. Légère pharyngite, bronchite congestive droite, adénopathies, foie et rate palpables. Traitement : Auréomycine.

27 Mars - Température à 38°5 le matin et 38°1 le soir.

28 Mars - » 37°1

Cette chute de la température impressionnante s'accompagne de sédation rapide de tous les signes ; même la rate diminue de volume, ce qui est exceptionnel dans nos observations.

*Observation 47* - D... à R... - Dans cette nombreuse famille, nous avons observé le syndrome essentiel chez le père de 55 ans, un enfant de 7 ans, un de 2 ans et un nourrisson de 6 mois, ces deux derniers en 1953.

1° - Christian 7 ans est examiné le 12 Avril 1954, il a eu une grippe il y a un mois qui lui a occasionné un fort amaigrissement. Depuis 4 jours, il est sans appétit, il tousse et fait de la fièvre. La langue est saburrale, pharyngite, gros et nombreux ganglions axillaires, cervicaux et inguinaux ; la rate est palpable et très dure, râles bulleux de bronchite bilatérale.

Traitement : Auréomycine.

Le 15 Avril - La température est normale, le pharynx est rose, les ganglions ont diminué de volume, râles bulleux et sibilants dans les deux poumons - à noter la langue vernissée et décapillée.

2° - Le père à la même date a maigri de 5 kgs, il tousse depuis 1 mois 1/2 et souffre de céphalées avec insomnie et anorexie. On retrouve le syndrome essentiel, qu'un traitement à l'Auréomycine atténuera rapidement.

N. B. - Un examen du prélèvement pharyngé a pu être fait chez l'enfant Christian : Streptocoque et bacilles gram négatif.

*Observation 52* - D... à C... - 1° Un enfant de 3 ans est atteint le 4 Mai 1953 : syndrome essentiel avec légère otite et bronchite droite ; nette amélioration en 3 jours. (Traitement : Auréomycine).

Le même enfant fait une rechute le 24 Février 1954, les ganglions sont petits, mais la pharyngite est très intense et l'on trouve de gros râles bulleux de bronchite double.

Traitement : Auréomycine.

2° - Un frère de 6 ans présente des signes plus discrets, même traitement et l'on voit les deux enfants en voie de guérison le 27.

3° - Le 2 Mars - un nourrisson de 3 mois présente une rhinite légère et de la diarrhée, l'examen montre de petits ganglions axillaires, un très gros foie et une grosse rate ; la pharyngite avec quelques saillies est modérée, une trachéite se traduisant surtout par des quintes de toux au cours de la tétée et en fin de biberon lors du renvoi, bronchite avec gros râles bulleux à droite.

L'enfant boit la moitié de sa ration habituelle, fait que nous avons déjà signalé (cas 75).

Traitement : Terramycine.

Le 5 Mars - Les signes ont presque disparu et l'enfant guérit vite.

*Observation 54* - V..., à Ch... fillette de 2 ans 1/2.

Le 7 Mai 1953 - Syndrome essentiel avec otite légère, angine et bronchite gauche.

11 Mai - La température est tombée avec le traitement à l'Auréomycine, il persiste des signes de bronchite double.

13 Mai - Convalescence - Anorexie marquée.

Reprise de l'appétit vers le 20 Mai.

Le 27 Février 1954 - elle fait une angine avec 39°8.

Traitement banal. (suppositoires de Bismuth).

Le 2 Mars - La fièvre, qui était tombée légèrement, remonte à 39°2 ; on retrouve le syndrome essentiel avec grosse bronchite gauche.

Traitement : Auréomycine.

Le 5 Mars - en 24 h. la température descend à 36° (voir courbe). p. 56

Le pharynx est presque normal, râles fins de bronchite bilatérale.

*Observation 55* - L... à G.F... - Enfant.

Le 7 Mai 1953 - forme avec grosse participation pulmo-

naire : râles diffus dans les deux poumons.

10 Mai - Nette amélioration par le traitement à l'Auréomycine.

Le 7 Août 1953 - rechute avec bronchite gauche et diarrhée. Même traitement.

10 Août - Température à 35°5, le pharynx est rose, la bronchite est nettement en régression.

*Observation 56 - F... à C...* - Dans cette nombreuse famille, nous avons soigné 2 enfants et le père. Ce dernier surtout mérite d'être observé.

Le 2 Juin 1953 - soit 3 semaines après les enfants, il présente les signes d'une pneumonie aiguë du poumon droit.

Traitement : Bronchociline 500.000 unités matin et soir.

Le 4 - La température est stationnaire et nous donnons de l'Auréomycine.

Le 5 - La température est tombée, les signes de pneumonie sont encore nets à droite et il existe une submatité de la base gauche, la rate est aujourd'hui nettement palpable ; le syndrome essentiel existe.

Le 8 - La tension artérielle = 11/8, les signes pulmonaires persistent au sommet droit.

Le 18 - tension artérielle = 11, 5/7, le malade se plaint d'une grande asthénie.

Le 23, rechute fébrile due à une sortie sous la pluie, nous apprenons aussi que le malade avait interrompu son traitement à l'Auréomycine au bout de 36 h. seulement, parce qu'il souffrait de nausées.

Signes de pneumonie droite, gros foie douloureux.

Traitement : Auréomycine.

Le 24, tension artérielle 11, 5/8 - fièvre 37°8

Le 14 Juillet, tension artérielle 11/7.

Le 20, il persiste une submatité à droite.

Le 27, tension artérielle 12/7 — Nous autorisons la

reprise du travail.

*Observation 57 - D... à C... - homme de 35 ans.*

Le 10 Mai 1953 : malade difficile à examiner en raison de son obésité — Pharyngite et pneumonie gauche.

Traitement : Pénicilline.

12 Mai le traitement, comme dans l'observation précédente, n'amène aucune amélioration ; nous tentons l'Auréomycine.

Le 17 Mai, nette amélioration, mais le malade a cessé l'Auréomycine au bout de 2 jours seulement.

19 Mai, - Brusquement est apparu un œdème, localisé aux pieds et aux mains, avec peau érythémateuse et prurigineuse. Ce phénomène est attribué par le malade à une irritation cutanée par des poussières de chenilles. Cette dermatose fugace, qui dure un ou 2 jours, est en effet très fréquente dans la région ; elle semble due à de fines desquamations de chenilles et l'on en observe beaucoup de cas le lundi, à la suite de promenades dominicales dans les bois, en Mai-Juin ; mais cette dermatose est eczématiforme et ne présente pas d'œdème. Devant la persistance du phénomène, nous pensons plutôt à une réaction cutanée à l'Auréomycine.

Le 26, rechute fébrile ; mais là encore, le malade suivra mal le traitement et dès l'amélioration, conservera le reste de la précieuse drogue pour une autre occasion.

Le 29, on observe des signes de bronchite double, une amélioration lente de la fièvre et une asthénie intense.

Une radiographie pratiquée début juin montre des opacités diffuses périhilaires.

Le 12 juin, l'asthénie est encore intense, la moindre tentative d'effort un peu prolongée amène des sueurs importantes (observation fréquente chez les adultes même courageux et non simulateurs.)

Le malade reprend son travail après 1 mois 1/2 de maladie ; plus d'un an après, il nous affirmait qu'il n'avait

pas encore tout à fait recouvré sa constitution robuste d'autrefois.

*Observation 59 - B... à F...*

13 Mai 1953 - Nous sommes appelés près d'un enfant qui présente une grosse pharyngite et une otite spontanément suppurée à droite. L'examen nous fait reconnaître le syndrome essentiel. Nous expliquons l'évolution probable de la maladie avec asthénie et anorexie durant environ 3 semaines ; alors le père nous dit avoir ressenti un léger malaise grippal, il y a environ 3 semaines, et ne reprendre ses forces et son appétit que depuis quelques jours ; un rapide examen nous montre des signes discrets du syndrome essentiel.

27 Mai - L'enfant est en convalescence, mais un autre enfant présente le début du même syndrome.

L'incubation serait donc ici de 15 jours.

*Observation 66 - Q... Roger à C... - 5 ans.*

9 Juin 1953 - Nous sommes appelés près d'un enfant qui manque d'appétit, température normale ; gros et nombreux ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux, la rate palpable est très grosse, nette pharyngite avec saillies lymphoïdes.

Traitement : Auréomycine.

12 Juin - Nette amélioration avec régression du volume de la rate et des ganglions, l'enfant a fait une crise de vomissements acétonémiques il y a deux jours.

*Observation 68 - D... à J... Nourrisson de 9 mois (garçon).*

Le 18 Juin 1953, syndrome essentiel avec otite, bronchite et submatité du sommet droit. Le traitement à l'Auréomycine amène dès le 20 une nette amélioration. 2 mois après nous avons pu retrouver à la palpation splénomégalie et adénopathies.

Le 29 Mars 1954, il fait une rechute après un clocher fébrile à 38° 8 qui a cédé spontanément hier, il fait ce

soir 40°4 - L'enfant, depuis 3 jours manque d'appétit, il a des troubles vasomoteurs à type de pâleurs subites avec cyanose des extrémités, ses urines sont peu abondantes et troubles, il a vomi une fois et est constipé. On note deux papules urticariennes sur la joue gauche, une importante pharyngite, une légère bronchite et le syndrome essentiel avec un foie et une rate particulièrement dures à la palpation.

Traitement : Auréomycine.

Le 1<sup>er</sup> Avril, chute rapide de la fièvre (voir courbe), la bronchite est guérie, le pharynx est encore rouge.

*Observation 74 - P... Gérard, 2 ans 1/2 à C...*

Le 29 Juin 1953 syndrome essentiel avec pneumonie du sommet droit.

Traitement : Auréomycine.

Le 3 Juillet, régression nette mais légère angine. Guérison rapide.

Le 7 Avril 1954, l'enfant grognon depuis la veille fait une brusque poussée de fièvre à 40°2, il ne se plaint de rien, *aucun signe fonctionnel apparent*.

L'examen montre une importante pharyngite, de petits ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux, la rate déborde légèrement les côtes et est molle, le foie est un peu gros.

Traitement : Auréomycine.

Le 10 Avril, le pharynx va mieux, mais on trouve une rudesse respiratoire des deux poumons ; l'enfant présente une somnolence anormale, sans signes d'irritation méningée.

Le 14, le pharynx est rose, l'enfant a bon appétit.

Il convient de remarquer la courbe de température (voir croquis) ; enfin un prélèvement d'exsudat rhino pharyngé pratiqué avant tout traitement montre : staphylocoques et bacilles gram négatif.

*Observation 75 - Ch... à F., - nourrisson de 1 mois (garçon).*

Le 3 Juillet 1953, il présente une diarrhée avec anorexie

(lait hygiénique), son poids est stationnaire depuis quelques jours — pas de fièvre. L'examen montre une pharyngite avec angine, des ganglions cervicaux et axillaires, avec splénomégalie

Un traitement à l'Auréomycine amène, dans la semaine qui suit, une reprise de la courbe pondérale et de l'appétit.

L'enfant fera une rechute à l'âge de 9 mois.

*Observation 80 - R... à A..., nourrisson de 2 mois.*

Nous sommes appelés parce qu'il fait de la diarrhée (plus de 10 selles par jour). A l'examen ; pharyngite, bronchite, rate palpable hypertrophiée, pas de ganglions cervicaux mais un petit ganglion dans chaque aisselle. Fièvre.

Nous prescrivons l'Auréomycine,

Le 10, la température est à 37°, la diarrhée est nettement améliorée et l'enfant boit à nouveau sa ration habituelle ; la diarrhée cessera au bout de quelques jours.

A la date du 10 Juillet 1953, nous relevons dans nos notes : à l'occasion de visites de départ en colonies de vacances, nous avons pu examiner un grand nombre d'enfants et retrouver souvent dans notre examen : pharynx rose, mais porteur de nombreuses saillies lymphoïdes, adénopathies généralisées, rate palpable.

*Observation 82 - B... à B... - homme de 28 ans.*

Ce cas nous a beaucoup préoccupé ; car, à côté de signes physiques réels, le malade s'est plaint longtemps de troubles fonctionnels variés et impressionnants ; et nous avons pensé qu'il fallait attribuer une grande part des malaises à un phénomène de pithiatisme chez un nerveux, sachant parfaitement jouer la comédie près de tous les médecins qui l'examinèrent successivement.

10 Juillet 53 - A la suite du décès de son dernier-né (bronchite capillaire), cette homme ressent une fatigue intense avec asthénie ; on trouve une pharyngite avec adénopathie axillaire et rate palpable, peu de fièvre. Nous prescrivons cependant un traitement à l'Auréomycine.

13 Juillet 53 - Amélioration peu franche - sédatifs nervins.

1<sup>er</sup> Août - Le malade consulte à nouveau pour asthénie, il dit ressentir des palpitations cardiaques par salves fréquentes dans la journée, accompagnées de sensations de suffocations et d'étranglement. il a souvent des vertiges.

L'examen révèle une forte aérophagie chez un malade nerveux, le pharynx est presque normal, légèrement érythémateux. Nous remarquons deux ulcérations aphtoides au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur ; il s'agit sans doute d'une réaction d'avitaminose, car le malade avoue ne manger que de la viande, des légumes ou des fruits cuits et jamais de crudités, de salade ou de fruits frais.

19 Août - Les malaises décrits sont toujours les mêmes, il s'y ajoute des sensations de constriction thoraciques et des sensations de gêne à la déglutition « gorge sèche » ; l'examen montre cependant des râles fins épars dans les deux poumons et une inflammation du pharynx.

Une radiographie pratiquée en septembre montre : en scolie : culs de sacs libres et sommets s'éclairant à la toux.

en graphie : sur le cliché :

- poumon droit : Fibrose sus-hilaire importante s'étendant jusqu'au sommet, images calcifiées para et sus-hilaires, nombreuses images calcifiées de la base, aspect d'infiltrat nodulaire du lobe inférieur, image en mie de pain du lobe moyen.

— poumon gauche — hiles chargés, fibrose du sommet, condensations nodulaires de la base.

A la même époque des examens sont pratiqués à l'Institut Pasteur sur le sérum du malade ;

— Agglutinines froides : négatif

— Ornithose : négatif

*Observation 88 - S... à C...*

— André 2 ans. En 1953 il fait un syndrome typique avec otite droite.

Le 30 Mars 1954, il fait une rechute ; fièvre à 39°9 l'enfant ne joue pas alors qu'il est d'un naturel turbulent. Pharyngite, très gros ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux, foie et rate palpables.

Traitement : Auréomycine.

Le 3 Avril : la température est normale (voir courbe), le pharynx est rose mais porteur de nombreuses saillies, râles bulleux des deux sommets pulmonaires et rhinite congestive (muqueuses très rouges) — Traitement banal par des balsamiques (Eucalyptol).

Le 4, la bronchite a régressé.

Le 7, reprise de la toux avec quintes faisant penser à un début de coqueluche : pharyngite, réflexe tussigène à la pression de la trachée. En 3 jours, nous obtiendrons une nette amélioration par les suppositoires de Tifomycine à la dose de 3 par jour.

Un écouvillonnage du rhinopharynx le 30 Mars montre :

— Neisseriacées gram négatif.

— Un petit bacille gram positif à centre clair renflé et à coloration bipolaire.

II — Un nourrisson de 3 mois fera un syndrome essentiel analogue en même temps que son frère, mais plus atténué (en 1954).

*Observation 99 - B... à G. F...*

I — Femme de 52 ans.

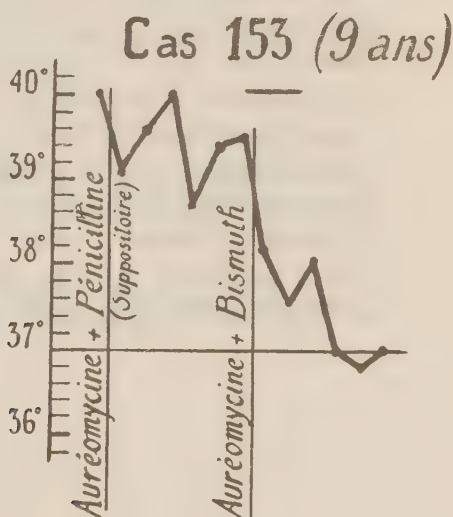
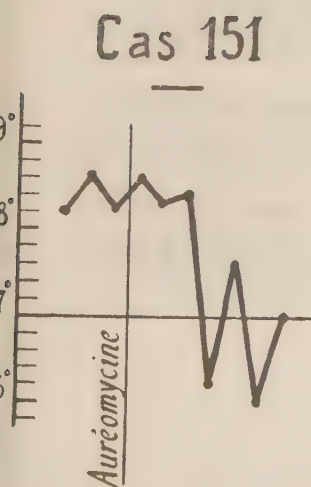
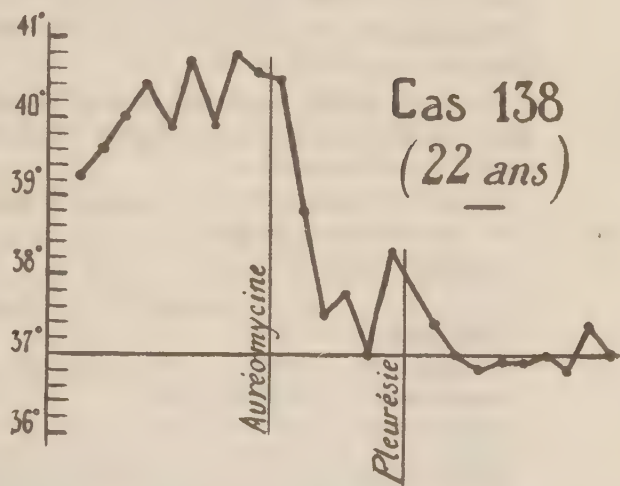
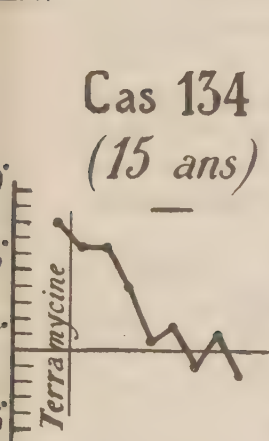
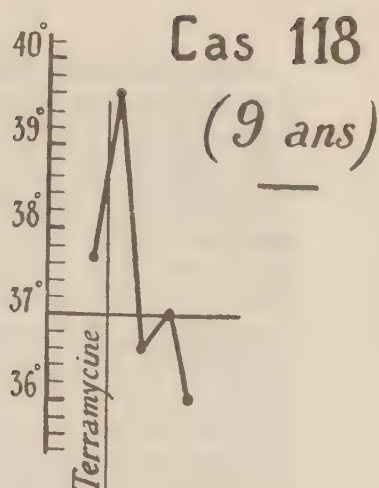
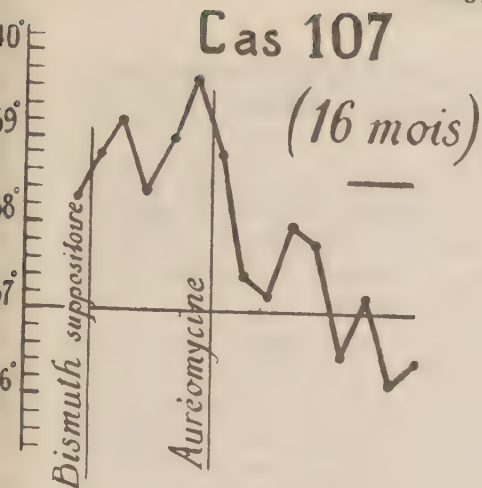
Le 1<sup>er</sup> Août 1953, elle consulte pour asthénie et dyspnée à la suite d'une grippe, on retrouve le syndrome essentiel avec une importante hépatomégalie douloureuse au palper.

Traitement : Auréomycine.

Le 6 Août - Elle va beaucoup mieux ; à noter une certaine arythmie avec extrasystoles.

Le 15 Mars 1954, elle consulte pour lombosciatique gauche de type L 5 et grippe ; à l'examen : nette pharyngite, signes congestifs pulmonaires discrets, surtout à gauche, ganglions, foie et rate palpables et douloureux au palper.

Traitement : Auréomycine.



Deux jours après, la fièvre est tombée, la sciatique est très améliorée et les autres signes régressent.

II — Mari, 55 ans 1/2.

Le 15 Mars 1954, il consulte en même temps que sa femme, parce qu'il souffre depuis hier de dyspnée intense, de sueurs abondantes, de sensation de pesanteur épigastrique, enfin de toux irritante, quinteuse et tenace, il est sujet à des crises d'asthme chronique.

A l'examen, nous trouvons une pharyngite, une bronchite bilatérale avec râles bulleux et sous crépitants, des ganglions cervicaux, un gros ganglion (noisette) dans chaque aisselle, un gros foie et une rate palpable en position épigastrique, dont le bord inférieur est situé à mi-distance entre l'appendice xyphoïde et le nombril.

Traitement : Auréomycine 2 gr. pendant 24 h. puis 1 gr. par jour pendant 2 jours.

Le 17 Mars 1954, toux et dyspnée s'atténuent rapidement, la fièvre tombe, le pharynx est normal et la bronchite est en régression.

L'Institut Pasteur a bien voulu pratiquer les réactions :

— Agglutinines froides : 1/8 à 4°

— Réaction de Hirst :

grippe B

1er prélèv. — 2e prélèv.

Antigène A PR 8 0 1/80

Antigène B S 1951 0 plus de 1/80

Antigène A' S Paris I 53 0 0

Antigène A' D 48 0 0

*Observation 102* - à G.F..., enfant de 2 mois.

Le 3 Août 1953, on consulte parce que le nourrisson boit irrégulièrement ses biberons et grossit peu.

Pharyngite légère et très grosse rate, petits ganglions.

Traitement : Auréomycine.

Le 6 : amélioration, le 10 : râles de bronchite droite.

La maman de 21 ans présente également une pharyngite et une rate palpable.

*Observation 107* - Enfant P... à Ch... 16 mois.

Le 8 Août 1953 - épisode fébrile avec diarrhée depuis 4 jours — angine et bronchite droite.

**Traitement banal (bismuth - tyrothricine).**

Le 9 Août - La fièvre monte (voir courbe) à 39°7, vers 16 h. La maman donne une cuillerée à café de poudre d'Auréomycine soit 5 ctg ; à 19 h. 39°5 l'enfant vomit des glaires safran et la maman donne à nouveau 5 ctg d'Auréomycine ; à 22 heures 38°8, l'enfant vomit à nouveau, il n'a pas été à la selle.

Le 10, nous examinons l'enfant vers 18 h. ; il présente le syndrome essentiel, nous prescrivons de reprendre le traitement à l'Auréomycine, interrompu depuis hier soir, à la dose de 5 ctg toutes les 6 h. Dans la nuit, l'enfant dort mal et fait 3 selles foncées (vert noir, ce qui est fréquent avec le traitement à l'Auréomycine). — Son transit intestinal semble accéléré, sans diarrhée vraie.

Le 11, une selle normale, il dort bien, la fièvre est tombée et les signes régressent.

*Observation 109 - B... R..., fillette de 8 ans.*

Le 11 Août 1953, fièvre à 40°3, syndrome essentiel avec très grosse rate.

**Traitement : Auréomycine.**

Le 12, fièvre à 38° le matin et 37° le soir.

Le 13, température à 36°8, l'enfant a craché des filets de sang. L'examen montre des suffusions hémorragiques pharyngées.

*Observation 111 - R... à Ch..., fillette de 4 ans.*

Le 11 Août 1953, l'enfant fait 40° de fièvre, avec diarrhée putride et le syndrome essentiel ; il avait fait un syndrome infectieux avec 39° il y a 15 jours. Nous prescrivons de l'Auréomycine.

La température tombe à 36°2 en 12 h. de traitement à la dose de 0 gr. 10 toutes les 6 heures.

*Observation 115 - B... à G.F..., garçon de 4 ans.*

Le 19 Septembre 1953 — fièvre à 39°2, syndrome essentiel avec angine légère, submatité et râles bulleux à la base droite.

**Traitement : Auréomycine.**

Le 20, la température est à 36° et le 22, l'examen mon-

tre : une amélioration de la pharyngite, des râles ronflants et sibillants du poumon droit, quelques silences cardiaques anormalement prolongés, la rate déborde de un travers de doigt sous le rebord costal. Anorexie.

*Observation 117 - L... à M... — homme de 34 ans.*

Le 15 Août 1953, il se plaint de violentes douleurs épigastriques et de dégoût du tabac, le syndrome essentiel est difficile à mettre en évidence ; la radioscopie montre une opacité parahilaire droite diffuse et mal limitée.

**Traitement ; Auréomycine.**

Nous ne pourrions revoir le malade que le 25 Septembre, il consulte alors pour asthénie, douleur thoracique gauche et troubles dyspeptiques ; l'examen montre une langue saburale, une pharyngite avec saillies habituelles, très gros foie et rate nettement palpable.

Le 27 Février 1954, il fait 39°1 de Fièvre, on porte le diagnostic de broncho-pneumonie bilatérale avec pharyngite.

**Traitement : bronchocilline 500.000 unités matin et soir pendant 2 jours.**

Le 2 Mars, la fièvre est stationnaire — tension artérielle : 10/8, les signes pulmonaires sont en nette amélioration, l'expectoration est faite de crachats purulents jaune-verdâtre. Mais l'examen révèle un gros ganglion dans chaque aisselle de la taille d'une amende, 2 saillies lymphoïdes de la paroi postérieure du pharynx, la rate, le foie et même les reins sont palpables, hypertrophiés. Le malade se plaint d'avoir eu de violentes douleurs au creux épigastrique, des lombalgies et des vertiges à la station assise ; nous pensons alors au syndrome essentiel épidémique décrit et prescrivons 1 gr. d'Auréomycine par jour.

Le 4 Mars - La dose a été trop faible ; aussi voyons-nous régresser lentement la fièvre et les signes cliniques, on prescrit alors 1 gr. 50 pendant 24 h. et 1 gramme pendant 2 jours.

Le 8 Mars - la fièvre est tombée, dès le 5, le pharynx est rose, on entend les sous-crépitants de retour à la base

gauche, le malade se plaint de courbatures — Tension artérielle 12/8 (donc améliorée).

*Observation 121 - P... André, 23 ans à Ch...*

Le 11 Février 1954, le malade consulte pour asthénie à la suite d'une pharyngite aiguë, il y a 3 jours ; il ressent brusquement, et assez souvent dans la journée, une fatigue intense avec sensation de pesanteur épigastrique, il est constipé. ,

L'examen nous révèle le syndrome essentiel atténué mais avec participation pulmonaire : râles fins et submatité de la base gauche.

Nous prescrivons seulement 0 gr 75 d'Auréomycine par jour pendant 3 jours.

Le 15, le malade ne ressent plus de crises d'asthénie, il souffre beaucoup moins au creux épigastrique, nous notons seulement l'apparition d'une strumite douloureuse.

Le malade nous dit alors qu'au cours de l'été dernier, il a ressenti les mêmes symptômes et que, depuis, il a toujours souffert, plus ou moins de lombalgies et d'asthénie.

*Observation 127 - C... Instituteur à S... - 32 ans.*

Le 12 Février 1954, il vient en consultation parce qu'il traîne un rhume depuis plus de 2 mois ; depuis un mois, il ressent de la fatigue, de la somnolence post-prandiale avec pesanteur épigastrique ; il a observé, mais assez rarement dans la journée, des périodes de fatigue intense durant environ 15 minutes, des cardialgies qui vont de pair avec les épigastralgies, enfin parfois dyspnée à type d'apnée : « il manque d'air pour respirer ».

L'examen montre une pharyngite avec de nombreuses saillies, 2 ou 3 ganglions axillaires, un gros foie débordant de 2 travers de doigts, une rate palpable au creux épigastrique assez volumineuse.

Nous prescrivons un traitement à la Terramycine : 1 gr. par jour pendant 4 jours. Nous ne reverrons le malade que le 26, l'amélioration est nette, mais se fait très lentement.

*Observation 129 - C... à C... — homme de 24 ans.*

16 Février 1954 — Depuis 5 jours il ressent des périodes de fatigue brutale avec sueurs abondantes et souffre du foie (c'est un hépatique chronique), peu de fièvre.

A l'examen, pharyngite avec 2 ou 3 papulo-vésicules gris sale, 2 à 3 ganglions axillaires de la taille d'une amande, rate palpable, gros foie avec douleur au point de Murphy, rien au poumon.

Traitement : Trisulfazine à l'Auréomycine (sulfamides 0 gr. 50, Auréomycine 0 gr. 125), 3 comprimés par jour.

20 Février — le foie déborde de 2 travers de doigt, il n'est plus douloureux spontanément, mais seulement à la palpation ; l'adénopathie a diminué de volume, la pharyngite a été peu améliorée, mais le malade se sent capable de reprendre son travail.

Le 24, le foie déborde légèrement le rebord costal, la vésicule seule est encore douloureuse au palper ; la rate est palpable, les ganglions sont de la taille d'un petit pois et le pharynx est normal.

*Observation 130 - M... à J... — Femme de 31 ans.*

17 Février 1954 — La malade souffre depuis le 13 de violentes douleurs épigastriques paroxystiques et de lombalgies, aucune douleur entre les crises ; diarrhée aqueuse profuse dans la nuit du 14, qui a cessé depuis, pas de céphalées. A l'examen : langue saburrale, pharyngite avec saillies, 1 à 2 ganglions axillaires et inguinaux (petits pois), la rate légèrement hypertrophiée est très dure, le foie est gros et douloureux au palper, l'abdomen est légèrement météorisé et la palpation révèle des gargouillements dans la fosse iliaque droite.

Traitement : Terramycine.

20 Février — Les lombalgies ont disparu, les douleurs épigastriques sont moins fréquentes (le décubitus ventral les calme bien) pas de fièvre.

Le pharynx est rose, la rate est plus molle, le foie indolore est encore gros.

24 Février, la malade se plaint d'une grande fatigue, elle souffre de douleurs bilatérales au niveau du grand

dorsal. Les ganglions sont petits (une lentille), la rate débordé de 1 travers de doigt. Notre attention est attirée par la langue qui est lisse, décapillée, vernissée et d'un rouge très vif.

*Observation 131 - M... à G.F... — garçon de 3 ans.*

Le 17 Février 1954 — La maman consulte parce que son enfant manque d'appétit et a une soif intense, il aurait fait une petite grippe il y a trois semaines pour laquelle le médecin n'a pas été appelé.

On retrouve le syndrome essentiel et si le pharynx est maintenant rose, on retrouve les saillies décrites, signes discrets de bronchite à la base gauche.

*Traitement : Auréomycine pendant 3 jours.*

Le 23, l'enfant boit moins et mange mieux, une analyse d'urines n'a montré ni sucre, ni albumine. Les ganglions et la rate sont nettement diminués de volume (pour les ganglions d'un pois à une tête d'épingle à cheveux), mieux également du pharynx et des poumons.

Notons l'influence nette sur la convalescence des toniques prescrits : extraits de plantes marines — Vitamine C — Calcium et extraits hépatiques.

*Observation 134 - H... à C... — fille de 15 ans.*

27 Février 1954 — elle souffre depuis 8 jours de nausées fréquentes avec céphalées et vertiges, sinusite aiguë chez une malade chronique.

A l'examen : Otite légère, conjonctivite, très grosse pharyngite avec saillies nombreuses et légère angine, ganglions de la chaîne cervicale postérieure droite et des chaînes cervicales antérieures, un ganglion axillaire gauche, le foie et la rate débordent légèrement et sont douloureux au palper. Fièvre à 38°6 — L'essentiel du traitement est constitué par Terramycine : 1 gr. 50 puis 1 gr. par jour, instillations d'Auréomycine.

3 Mars — La fièvre est tombée, vertiges et céphalées ont disparu, rares nausées, les sinus sont indolores à la pression, le pharynx est presque normal, les ganglions

s'effacent, la rate palpable est indolore, le foie est encore dur et douloureux.

Là encore, on notera l'efficacité des instillations locales de préparations à base d'Auréomycine, sur l'évolution de la rhinopharyngite.

*Observation 135 - L... à Ch... — Homme de 21 ans, militaire à Compiègne,*

Le 1<sup>er</sup> Mars 1954, on consulte parce que, étant en permission, il présente une forte toux, des vertiges et des malaises à la station assise, enfin une fièvre à 39° 9.

A l'examen : importante pharyngite avec nombreuses saillies, ganglions axillaires et cervicaux, foie et rate palpables et indolores.

Traitement : Terramycine. 1 gr. 50 — 1 gr. — 1 gr.

Le 3 Mars — La courbe de température réalise une droite et ce matin on observe 37° 1, les vertiges s'atténuent, le pharynx est rose, la rate semble déjà diminuer de volume, le malade n'a pas d'appétit.

*Observation 137 - Mme C... à F... — 34 ans.*

Nous relatons cette observation qui nous a posé plus d'un problème, car nous avons relevé dans la littérature médicale quelques observations de péricardite avec réaction pleurale, et qu'on attribue à un syndrome à virus (M. HERAUD dans la « Quinzaine Médicale » et M. KOU-RILSKY dans son Service à Paris).

2 Mars 1954 — la malade traîne depuis un mois une grippe et se plaint actuellement d'insomnie ; depuis 3 jours, elle ressent une violente douleur de tout l'hémi-thorax gauche avec exacerbation à la toux, fièvre à 38°, tachycardie douloureuse. A l'examen : 2 ou 3 papules aux jambes et aux coudes, type érythème noueux — ganglions cervicaux et axillaires — la rate est difficile à apprécier chez cette femme grasse — légère pharyngite. A l'auscultation : signe de péricardite aiguë, les bruits du cœur sont comme noyés, lointains, ils s'entendent bien au delà de l'aire cardiaque normale — signes discrets d'un épan-

chement pleural gauche. Nous essayons le traitement à l'Auréomycine.

6 Mars — La température est stationnaire entre 37° 5 et 38°. L'auréomycine a été très mal supportée : nausées et gastralgies — on prescrit un traitement purement symptomatique.

14 Mars — Elle souffre du rein gauche et quelques jours plus tard du rein droit, aérocolie et constipation — traitement banal.

23 Mars — Les signes de pleuro péricardite régressent, température à 38° 5, l'abdomen est douloureux, surtout le flanc droit.

Traitement : Streptomycine-bipénicilline matin et soir durant 3 jours.

27 Mars — La fièvre se maintient à 37° 5 - 37° 7, ce serait la température habituelle de la malade.

A l'examen pharyngite légère.

Poumon gauche : léger assourdissement du murmure vésiculaire à la base.

Poumon droit normal.

Cœur : Les bruits sont mieux perçus.

Abdomen douloureux, le palper révèle une douleur exquise sur le trajet urétéral droit et le 1/3 supérieur du trajet gauche ; l'ovaire droit est douloureux au palper et au toucher vaginal — Les règles qui arriveront dans les jours suivants seront moins abondantes et douloureuses.

Les urines du 23-3-54 montrent : Albumine = néant — Pus = néant — Sang = néant — Cylindres = néant — B.K. = néant — germes pathogènes = néant — culot = rares leucocytes et cellules épithéliales.

On prescrit alors un traitement complémentaire : Auréomycine 2 gr. par jour pendant 3 jours — Streptomycine-bipénicilline 1 ampoule par jour pendant 3 jours en association avec l'Auréomycine.

31 Mars — Anorexie, dyspnée légère, céphalées.

Râles sous-crépitants de la base gauche : forte tonalité des 2 bruits du cœur au foyer aortique.

7 Avril — Depuis 2 jours la malade ressent des crises douloureuses de « gonflement du ventre » (distention) suivies d'une brusque débâcle urinaire, phénomène qui arrive spécialement au réveil — grosse asthénie, légère toux de trachéite.

L'examen ne révèle pratiquement plus aucun signe anormal, sauf une hyperesthésie abdominale, coutumière chez cette femme. En particulier, les bruits du cœur n'ont pas varié depuis le précédent examen et la base gauche est normale.

*Observation 138 - C... à E... — homme de 22 ans.*

Cas particulièrement intéressant avec réaction pleurale.

Le 4 Mars 1954, nous avons été appelés ce jour par le malade qui est soigné depuis le 28 Février par un autre médecin pour une grippe : traitement purement symptomatique sans antibiotique, la fièvre est à 40° depuis 4 jours et le malade s'impatiente ; il est peu abattu par la fièvre, mais souffre de troubles fonctionnels : céphalées intenses et otalgies, dyspnée et toux irritante ; vomissements fréquents, douleurs dans l'aîne et sur la face antérieure de la cuisse droite (myalgie), dysurie.

A l'examen : on note un gros herpès périlabial, une otite congestive droite (tympan rouge) et une importante pharyngite. Contrairement à notre attente, nous ne trouvons pas à l'auscultation les signes patents d'une pneumonie lobaire aiguë, mais seulement une submatité discrète et quelques râles fins disséminés congestifs. Le foie est hypertrophié, la rate palpable est modérément hypertrophiée, quelques ganglions.

Traitement : Auréomycine 2 grs par jours.

Le 6 Mars - Les signes fonctionnels ont régressé : dysurie, céphalées et vomissements ont disparu, l'otalgie diminue, seule la toux quinteuse s'accroît et le malade ressent des lombalgies.

La fièvre tombe en flèche (voir courbe). p. 67

**Tension artérielle : 9/6.**

L'examen note : une rate plus grosse en position épigastrique et douloureuse au palper, le foie régresse, le pharynx est rose, râles de bronchite congestive, à gauche surtout ; la base gauche est muette à l'auscultation ; petit épanchement pleural s'élevant à 2 travers de doigt des culs de sacs postérieurs ; une ascension thermique marquera nettement cette complication,

**Traitement ; Auréomycine 1 gr, par jour.**

Le 9 - Le malade va beaucoup mieux, il souffre de vertiges à la station assise, d'anorexie - tension artérielle 10/7. Otite droite : tympan gris et vascularisé, porteur de vésicules, voile du palais érythémateux (accident dû aux antibiotiques ?) - Pleurésie en régression, les ganglions sont plus nettement palpables et la rate est encore douloureuse.

**Le 12 - L'Auréomycine a été interrompue hier.**

L'appétit revient normalement, le malade souffre de sueurs abondantes et d'un point douloureux à la base gauche, accentué à l'inspiration forcée, signe d'irritation pleurale qui confirme la régression de l'épanchement. Tension artérielle 11,5/8, amélioration et guérison rapide.

**Observation 140 - V... à T... - homme de 33 ans.**

Nous ne signalerons à propos de ce cas que quelques remarques :

Le 5 Mars 1954 - La rate était très grosse et débordait de 1 travers de main (douleur de l'hypocondre depuis un mois) et le foie débordait de 3 doigts ; nous avons prescrit 1 gr. d'Auréomycine pendant 3 jours.

Le 12, nous revoyons le malade qui a souffert de vertiges à chaque prise d'Auréomycine ; la rate déborde de 3 doigts et le foie de 1 doigt ; nous ne pouvons pas affirmer que cette régression soit due entièrement à l'Auréomycine, car le malade est à plus d'un mois du début de sa maladie, date où parfois on observe le début de la régression apparemment spontanée.

**Observation 151 - D... Mireille à C... - 20 ans - enceinte de 8 mois.**

Le 28 Mars 1954 - Céphalées, pharyngite douloureuse

avec 2 ou 3 saillies, petits ganglions, gros foie, rate palpable, rien au poumon.

Traitement : Auréomycine 2 gr. par jour le 1<sup>er</sup> jour, puis 1 gr. pendant 2 jours.

Le 1<sup>er</sup> Avril, le pharynx est rose et indolore, les céphalées ont disparu.

Un prélèvement envoyé à l'Institut Pasteur montre :

— Agglutinines froides : 0 à 4°

— Réaction de Hirst = négative

|                        | 1 <sup>er</sup> échantillon | 2 <sup>e</sup> échantillon. |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Antigène A PR8         | 1/640                       | 1/320                       |
| Antigène B S 1951      | 1/320                       | 1/320                       |
| Antigène A' SParis 153 | 1/160                       | 1/ 80                       |
| Antigène A D 48        | 0                           | 0                           |

La température, en plateau à 38° 2 38°6 - les 28-29 et 30, est normale à 36°2-37°5 le 31 et 36°-37° le 1<sup>er</sup> Avril.

*Observation 153 - (1<sup>e</sup>) M... René - 9 ans à St-M...*

Nous résumerons cette observation :

13-3-54 - Syndrome essentiel avec otite gauche et participation congestive pulmonaire, ganglions de la taille d'un gros pois, fièvre à 40°.

Traitement: Auréomycine 0 gr. 75 et suppositoires de pénicilline-eucalyptine à 100.000 U (3 par jour)

Le 16-3-54 - la fièvre est à 38°, angine aphtoïde - dose plus faible d'Auréomycine (0 gr. 50) avec suppositoires de bismuth et pastilles de solutricine.

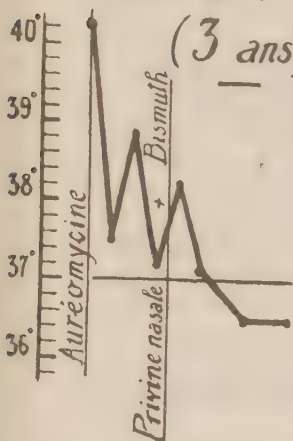
Le 18-3- 54 - Le pharynx est rose, plus de fièvre (voir courbe.) p. 67

2°— M... Roland — 21 ans.

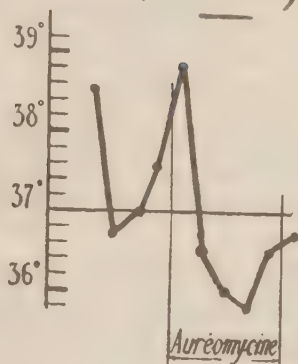
24 Mars 1954 — Fièvre à 39° malgré la prise de 1 gr. d'Auréomycine depuis 24 h. Toux intense, pharyngite importante, otite congestive, légers signes congestifs pulmonaires, ganglions cervicaux et inguinaux, les ganglions axillaires sont de la taille d'une noisette, gros foie, la rate déborde peu mais elle est nettement palpable.

Traitement : Auréomycine 2 grs, 1 gr. 1 gr.

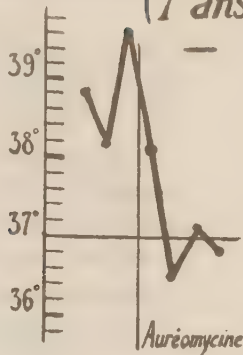
Cas 154  
(3 ans)



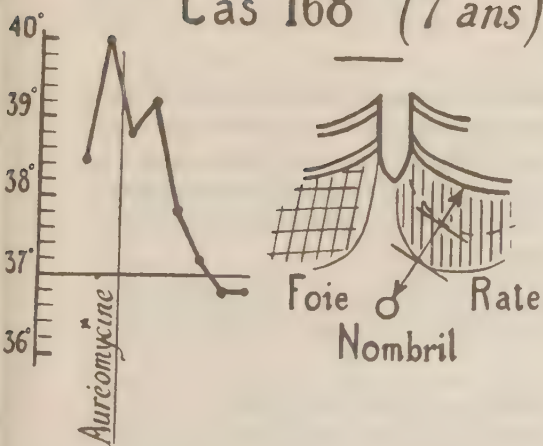
Cas 156  
(2 ans)



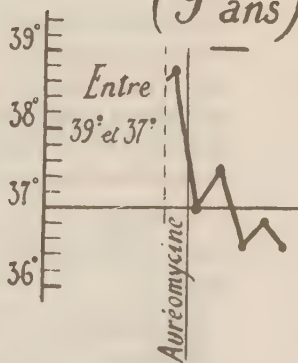
Cas 159  
(7 ans)



Cas 168 (7 ans)



Cas 176  
(9 ans)



Le 27 - La fièvre est tombée, les signes fonctionnels s'atténuent, le pharynx est rose.

Réactions sériques (Institut Pasteur).

- Agglutinines froides : 1/8 à 4°

Réaction de Hirst négative.

|                | 1 <sup>er</sup> prélèvement | 2 <sup>e</sup> prélèvement |
|----------------|-----------------------------|----------------------------|
| A PR8          | 1/320                       | 1/160                      |
| B SI951        | 1/320                       | 1/320                      |
| A' SParis 1 53 | 1/ 80                       | 1/ 80                      |

Il n'a pu être fait, faute d'indications plus précises, la réaction de Paul et Bunnell, ni celles des Rickettsioses ; nous en avons parlé à propos du diagnostic et des recherches de laboratoire.

*Observation 154 - D... à Ch... - fillette de 3 ans.*

17 Mars 1954 - brusquement vers midi elle demande à dormir ; elle a des nausées, fièvre à 40°2.

Nous examinons un enfant abattu, somnolent, au faciès congestionné, qui présente une dyspnée intense (polypnée) et dont la voix est rauque. le pharynx est très rouge et présente de nombreuses saillies, on entend des râles bulleux des 2 poumons, ganglions cervicaux, axillaires, et inguinaux très gros, la rate déborde légèrement et est dure, gros foie.

Traitement : Auréomycine.

20 Mars - Tous les signes physiques s'améliorent, il n'y a pas d'anorexie ; comme la température oscille autour de 38°, nous pensons à une surinfection par otite tubaire et rhinite congestive (cas fréquent) et nous ajoutons au traitement : de la privine en instillations nasales et des suppositoires de Bismuth,

23 Mars - La température est à 36° 5, le pharynx est rose, plus de signes de bronchite, la rate est encore palpable.

*Observation 156 - L... à F... garçon de 2 ans.*

24 Mars - L'enfant a souffert d'une oreille le 22, avec fièvre à 38°4 qui a cédé au traitement habituel (voir courbe) Aujourd'hui il fait un clocher à 38°8, l'examen montre :

légère otite bilatérale, pharyngite avec angine, râles fins de bronchite bilatérale, ganglions et rate palpables.

**Traitement : Auréomycine + bismuth.**

Le 27, Pharynx rose, signes de bronchite gauche ; plus de signes d'otite.

La température est descendue jusqu'à 35°8.

Sa mère 41 ans se plaint de vertiges et de sécheresse de la bouche ; l'examen montre les signes, discrets, du même syndrome essentiel.

*Observation 159 - F... à G. F... - fillette de 7 ans.*

25 Mars 1954 - L'enfant fait de la fièvre depuis hier et ne souffre aucunement.

L'examen montre une pharyngite érythémateuse sans élevures de la paroi postérieure, une respiration rude à l'auscultation — ganglions, rate et foie palpables.

**Traitement : Auréomycine.**

27 Mars - La fièvre tombe en flèche (voir courbe), le pharynx est encore rouge, car on a arrêté l'Auréomycine au bout de 24 h. seulement.

Vers le 15 Avril, l'enfant fait une poussée de fièvre, qui se révélera par la suite être le début d'une primo-infection, avec cuti-réaction à la tuberculine positive et images de condensation diffuse à la radioscopie.

Le 21 Mai (57<sup>e</sup> jour), nous revoyons l'enfant à l'occasion d'une prise de sang destinée à l'Institut Pasteur ; le pharynx est normal, on palpe encore des ganglions, la rate est percutable mais non palpable.

Résultats de laboratoire (réactions sériques au 57<sup>e</sup> jour)

— Fièvre « Q » négative.

— Paul et Bunnel = négative (1/14).

*Observation 164 - D... à E... nourrisson de 3 mois.*

27 Mars 1954 - Depuis l'âge de 15 jours (soit depuis 2 mois 1/2), l'enfant présente de la dyspnée et des quintes de toux ; la maman, qui vient d'avoir un enfant opéré de la maladie bleue, craint le pire. Une légère expectoration mousseuse pourrait faire penser à une dilatation des bronches,

A l'examen : légère pharyngite, rate palpable, ganglions cervicaux et axillaires.

Nous essayons le traitement d'épreuve à base d'Auréomycine et de sirop de phénergan, en réservant notre diagnostic au prochain examen.

1<sup>er</sup> Avril - La toux a nettement régressé au 3<sup>e</sup> jour du traitement, l'enfant ne fait plus que 2 à 3 quintes par jour. Le pharynx est rose. Il semble donc que l'action anti-infectieuse de l'Auréomycine a agi sur la toux et la pharyngite. Le phénergan seul n'aurait pas donné un pareil résultat.

*Observation 167 - P... à Ch... - Hommes de 20 et 44 ans.*

1<sup>o</sup>) Le premier a présenté le 29 Mars 1954 des céphalées paroxystiques avec toux et dysphagie, périodes d'asthénie avec sueurs profuses - syndrome essentiel avec conjonctivite purulente.

Traitement ; Auréomycine.

Le 1<sup>er</sup> Avril - Otite suppurée gauche.

Examen du rhinopharynx = culture pure de corynebactéries, type Cutis et Hoffman.

2<sup>o</sup>) Le père 44 ans, présente le 1<sup>er</sup> Avril le syndrome essentiel pur, avec torticolis douloureux et vertiges sans fièvre. Le traitement à l'Auréomycine, à doses faibles, améliorera rapidement ce malade.

*Observation 168 - P... à G. F.*

1<sup>o</sup> — Daniel, 7 ans 1/2

Le 28 Mars 1954, il présente de la fièvre (voir courbe) avec nausées, toux et douleur à l'hypocondre gauche, à l'examen légère pharyngite, respiration rude, ganglions cervicaux et axillaires et une énorme rate très dure dont le bord inférieur se situe au tiers de la distance séparant le rebord costal du nombril, gros foie également.

Traitement : Auréomycine.

Le 31 - La fièvre est tombée, mais la rate couvre les 2/3 de la distance : rebord costal-nombril et le foie atteint une horizontale passant par le nombril, la respiration est normale et la pharyngite régresse (rate : voir schéma)

[p. 79.

Le 21 Mai - Nous revoyons le petit malade ; on voit encore de nombreuses saillies pharyngées sur une muqueuse rose, on palpe encore de gros ganglions cervicaux axillaires et inguinaux, la rate débordé légèrement (deux doigts).

Examens de laboratoire :

Pharynx : Staphylocoques blancs.

Parvobactéries.

Gros bâtonnets gram négatifs en chainettes.

Sérum : - Réaction de fièvre « Q » à un taux faible (54<sup>e</sup> jour), prouvant un contage mais n'affirmant pas la maladie.

Paul et Bunnell - réaction négative (1/7).

N. B. - On élève dans cette famille une jeune chèvre de 2 ans qui n'a pas encore été fécondée, des lapins, des poules et des canards.

2<sup>o</sup> - Nourrisson de 3 mois.

Le 31 Mars - Il vomit à chaque tétée, a des selles fétides qui provoquent un érythème fessier, pharyngite, un ganglion axillaire droit de la taille d'un petit pois, une grosse rate.

Le traitement à l'Auréomycine le guérira rapidement.

*Observation 169* - L... à A.,. - garçon de 2 ans.

De ce cas, nous ne retiendrons que l'examen du rhinopharynx, pratiqué à l'Hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le Professeur Kourilsky (ainsi que la plupart des examens du pharynx relevés dans cette thèse).

— Corynebactéries, type Hoffman et Cutis.

— Méningocoques.

*Observation 171* - Mlle K... à F... - 20 ans.

Cas non fébrile — Cette femme fait souvent des crises de colique hépatique.

Le 30 Mars 1954 - Elle souffre de brusques céphalées paroxystiques, de nausées, d'épigastalgies, parfois de douleurs de l'hypocondre gauche, elle présente de l'anorexie et de la constipation et une soif intense.

Le 1<sup>er</sup> Avril. nous trouvons à l'examen une légère pharyngite, des petits ganglions et une grosse rate dont le bord inférieur est à mi-chemin de la distance rebord costal-nombril. Malgré l'absence de fièvre, nous prescrivons de l'Auréomycine : 1 gr. par jour.

Le 5 tout s'améliore, le pharynx est rose, mais la dysphagie persiste et nous prescrivons un traitement banal.

Examens pratiqués à l'Institut Pasteur à Paris.

— Agglutinines froides = absence.

— Réaction de Hirst = négative.

|                         | 1 <sup>er</sup> prélèvement | 2 <sup>e</sup> prélèvement |
|-------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Antigène A PR 8         | 1/320                       | 1/160                      |
| Antigène BS 1951        | 1/320                       | 1/160                      |
| Antigène A' SParis 1 53 | 1/ 80                       | 1/ 80                      |
| Antigène A' D 48        | 0                           | 0                          |

Observation 176 - T... Jacqueline à Ch... 9 ans.

Le 3 Avril 1954 - Depuis 4 jours elle fait de la fièvre avec grandes oscillations entre 39° et 37°, aujourd'hui 38°5, légères otalgies.

A l'examen : Otite bilatérale plus marquée à gauche ; grosse pharyngite - ganglions cervicaux et axillaires ; grosse rate nettement palpable, mais de volume modéré, en comparaison d'autres cas ; le foie déborde légèrement le rebord costal.

Traitement : Auréomycine.

Le 6 Avril : tous les signes sont en régression, *y compris la rate.*

Le 21 Mai - Nous revoyons l'enfant pour une prise de sang et constatons : 3 à 4 saillies papuleuses sur un pharynx normal, les ganglions cervicaux sont gros, les ganglions axillaires petits, les ganglions inguinaux modérés.

Examens pratiqués à l'Institut Pasteur (52<sup>e</sup> jour).

— Fièvre « Q » = réaction négative.

— Paul et Bunnell = positive à un taux limite.

(sérum : 1/112, bœuf 1/7, Forssmann 1/14).

N. B. — Dans cette maison existe 2 chiens, 1 âne et une chèvre, les enfants boivent assez rarement du lait de chèvre bouilli.

*Observation 181 - M... à E...*

Le 10 Avril, nous sommes appelés près d'un nourrisson de 15 jours qui n'a pas de fièvre, mais présente une éruption de type folliculite sur les jambes ; cette éruption se fait environ 20 minutes après la tétée et disparaît une heure après son apparition.

L'enfant est nourri au sein et fait des selles verdâtres. On trouve à l'examen : une importante pharyngite, un à deux petits ganglions dans chaque aisselle, et une rate légèrement hypertrophiée.

Nous examinons la mère (25 ans) qui a fait une éruption semblable il y a 3 jours : 2 saillies papulo-érythémateuses de la paroi postérieure du pharynx, rate palpable et molle, gros foie avec douleur vésiculaire à la palpation, ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux, un peu de fièvre.

Son appétit aussi est significatif du syndrome essentiel étudié : elle a souvent une faim douloureuse, elle mange et après quelques bouchées, elle n'a plus aucun appétit et même un dégoût de la nourriture ; ces fausses fringales l'obligent à manger souvent et peu à la fois.

Nous prescrivons l'Auréomycine à la dose de 0 gr. 75 par jour pour la maman, 0 gr. 075 au nourrisson.

Le 13 Avril - amélioration nette chez la mère et l'enfant.

*Observation 183 - Z... à T... Fillette de 8 mois.*

Le 14 Avril 1954 - Ce nourrisson fait depuis le 12 de la fièvre entre 38°5 et 39°2, constipation, une très grosse rhinite et une très grosse pharyngite avec angine, râles fins et humides des 2 sommets, ganglions cervicaux et surtout axillaires. La rate est palpable et son bord inférieur est à mi-chemin entre côtes et nombril.

On prescrit de l'Auréomycine, mais nous n'avons pu suivre l'évolution ultérieure par suite d'une absence prolongée.

Examen du rhinopharynx à l'Hôpital Saint-Antoine à Paris.

- Staphylocoques blancs,
- rares bacilles gram négatif.

De l'ensemble de ces observations, il résulte que nous avons observé un syndrome clinique commun à tous ces malades, syndrome infectieux aigu à nombreuses formes cliniques.

Ces notes prises hâtivement au cours de journées particulièrement chargées, sont forcément incomplètes et trop concises, mais nous espérons avoir montré qu'il s'agit là d'une épidémie particulièrement importante ; c'est pourquoi nous en avons fait notre sujet de thèse.

---

## CONCLUSION

Le syndrome infectieux épidémique, que nous venons d'étudier, se caractérise par : un début brutal, l'existence d'une forte pyrexie et quatre signes physiques : rhinopharyngite, adénopathie généralisée, hépatomégalie et surtout splénomégalie.

La participation pulmonaire est fréquente, mais souvent fruste. Les signes fonctionnels sont nuls ou de type pseudo-grippal.

Cette affection atteint surtout l'enfant en bas-âge et l'adulte jeune, elle est bénigne et guérit, sans séquelles, après une convalescence d'environ 3 semaines.

Ce syndrome existe probablement dans des régions autres que celle qu'il nous a été donné d'explorer.

Nous n'avons pas pu, par nos recherches cliniques et les examens de laboratoire préciser la nature exacte de l'agent infectieux responsable de cette épidémie. Des recherches ultérieures et de nouvelles observations, à l'occasion d'épidémies printanières futures, nous permettront sans doute de compléter cette étude et de préciser s'il s'agit d'un syndrome encore inconnu ou d'une forme particulière d'une affection à virus, déjà connue.

Il est étonnant de voir l'action remarquable de la thérapeutique à l'Auréomycine, aussi bien dans les formes aiguës que dans les formes atténuées ou vues tardivement. Les autres antibiotiques nous ont donné des échecs : le Chloramphénicol agit mal, la Terramycine est inconstante dans ses effets.

Nous souhaitons que notre étude puisse être utile ; si elle n'arrive pas à éclairer parfaitement le lecteur sur la

nature du syndrome essentiel décrit, du moins aura-t-elle le mérite de montrer qu'un diagnostic de grippe ne doit pas être porté à la légère devant un syndrome infectieux printanier.

Vu : *Le Président de Thèse,*  
R. MOREAU.

Vu : *Le Doyen,*  
L. BINET

Vu et permis d'imprimer,  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
J. SARRAILH.

## BIBLIOGRAPHIE

- ADAMS et coll.— *Pneumonie primaire atypique* Brit. Méd. J. 1946 p. 227.
- BENHAMOU (Ed.).— *Chloromycétine et Auréomycine* Acq. Méd., réc. Flammarion 1949. Presse Méd. 9 Avril 1949 57 N° 24 p. 330-332.
- Mme BERTRAND-FONTAINE, SCHNEIDER et RIVRON.— *Premier cas de « Q » fever observé à Paris.* Soc. Méd. Hôp. Paris 65 1949 N° 32-33 p. 1432-1437.
- BOUCHER H. et coll.— *Les pneumonies à virus.* Gaz. Méd. France 1951 58 5 p. 305-310.
- BRUMPT.— *La fièvre « Q ».* Presse Méd. 1-2-47 55 N° 7 p. 81-82. N° 10 p. 112-114.
- CATEIGNE (M) EYQUEM et HANNOUN.— *Diagnostic biologique des pneumonies atypiques primitives à virus (P.A.P.).* Presse Méd. 27 Avr. 1950 N° 25 p. 438-441.
- COUDERT et GARIN.— *Les premiers cas de fièvre « Q » à Lyon.* Lyon Médical 1951 14 p. 236.
- CROSNIER et coll.— *Le polymorphisme clinique de la mononucléose infectieuse.* Annales de Médecine N° 3 1953.
- DEBRE et coll.— *La lymphocytose infectieuse aiguë.* Sem. Hôp. Paris 2 Février 1949.
- DECOURT GIROUD et COULON.— *Premier cas de fièvre « Q » contracté dans le département de la Seine.* Soc. Méd. Hôp. Paris 67 1951 N° 7-8 p. 270-276.
- DOUGHERTY (Jr).— *J.M. Ass. Georgia* 1944 33 p. 76.
- DYER.— *Rickettsioses* J.A.M.A. 22 Av. 1944 124 1165. J.A. M.A. 20 Mai 1944 125 222.
- ENC. MEDICO-CHIRURGICALE.— *Les maladies à virus. Les Rickettsioses.* Tome des Maladies Infectieuses.
- GARIN Ch.— *La fièvre de Queensland.* J. Méd. Lyon 32 N° 744 5 Janv. 1951 p. 1-6
- GIROUD P. et coll.— *Epidémiologie de la fièvre « Q ».* Rapport au 33<sup>e</sup> Congrès d'Hygiène de Paris 26-27 Oct. 1953.
- GIROUD et COULON.— *Maladie de Derrick et Burnet ou Fièvre « Q ».* Etude clinique et épidémiologique. Sem. Hôp. Paris 29 N° 14 26 Fèv. 1953 p. 699-707.
- GIROUD P. — *Le test de séro-protection locale cutanée.* Bull. ; Soc. Path. Exot. 6 Av. 1938 31 p. 245-256.

- GSELL O.— *La fièvre « Q » en Suisse. Méd. et Hyg.* 1947 5 p. 317.
- GSELL O.— *L'aspect clinique de la fièvre de Queensland Méd. et Hyg.* 8 15 Juill. 1950 p. 243-245.
- GUNTHER.— *Klin. Wochenschr.* 1930 5 203.
- JAMES.— *Pneumonie primaire atypique. J.A.M.A.* 1953 10 p. 810.
- LEMIERE.— *La mononucléose infectieuse. Traité de Médecine (MASSON 1953).*
- LENNETTE et MEIKLEJOHN.— *Traitement de la fièvre «Q» par l'Auréomycine. Arch. Int. Méd.* 87 Fév. 1951 p. 204-217
- LEPINE P.— *Acquisitions récentes dans le domaine des virus. (Acq. Méd. réc. 1954 p. 139-150).*
- LEVADITI et LEPINE.— *Les ultra-virus des maladies humaines (MALOINE Paris 1948)*
- MACH et coll.— *La fièvre « Q » en Suisse. Sem. Hôp. Paris* 22 Mars 1949.
- MELNIK-CURNEN.— *Coxsackie (Th. M. RIVERS « Viral and rickettsial infections of Man » Edit. Lippincott 1952).*
- MOLLARET P. et SALOMON (Mme M).— *Stomatite pseudo-aphteuse des bovidés — La maladie humaine. Pr. Méd.* 1953 61 N° 79.
- N... — *Les Rickettsioses. Traité de Médecine (MASSON 1953).*
- RAISTRICK — *L'Auréomycine-Nature* 22 Janv. 1949 163 p. 159
- REIMANN (H. A.) — *Pneumonie à virus grave, sporadique J.A.M.A* 1950 144 2 p. 81
- RONSE — *Maladie de Bornholm et virus de Coxsackie Pr. Méd.* 11 Juillet 1951 59 N° 147 p. 996-999.
- SMADDEL J. — « *Viral and Rickettsial infections of Man* » by Th. M. Rivers 2nd Edit. Lippincott 1952.
- SOHIER — *La mononucléose infectieuse (MASSON 1953).*
- TOPPING et coll. — *La fièvre « Q » aux Etats-Unis J.A.M.A.* 22 Mars 1947.
- VERAN P. et GEFFRIAUD M. (Nantes) — *Broncho-pneumopathies à sérologie pseudo-syphilitique transitoirement positive (syndrome de FANCONI-HEGGLIN) Ouest-Médical Août 1949.*
- N.B. — *Nous ne pouvons citer dans cette bibliographie, forcément restreinte, la totalité des travaux relatés dans la presse médicale, concernant les infections à virus.*



- IMPRIMERIE NOUVELLE -  
— Allée des Gardes —  
ROYAN



